

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 100

D'UN PROCÉDÉ
DE
DRAINAGE PÉRITONÉO-VAGINAL
pouvant remplacer le Mikulicz abdominal

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 10 Janvier 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FRANCIS PERRIER

Né à Soucia (Jura), le 24 Novembre 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1901

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 100

D'UN PROCÉDÉ
DE
DRAINAGE PÉRITONÉO-VAGINAL
pouvant remplacer le Mikulicz abdominal

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

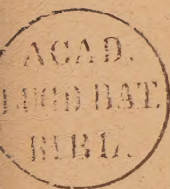
Et soutenue publiquement le 18 Janvier 1901

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FRANCIS PERRIER

Né à Soucia (Jura), le 24 Novembre 1874



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

1901

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESSUR.
CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques.		X.
Clinique des Maladies mentales		FOCHIER.
Physique médicale.		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie		PIERRET.
Matière médicale et Botanique		MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ
Anatomie		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.		FLORENCE.
Physiologie		LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique.		TEISSIER.
Médecine opératoire.		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes M. LAROYENNE

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL.	agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS.	—
Accouchements	POLLOSSON (A.).	—
Propédeutique médicale.	ROQUE.	—
Propédeutique chirurgicale.	GANGOLPHE.	—
Botanique	BEAUVISAGE.	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVIOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FOCHIER, Président ; M. WEILL, Assesseur ;
MM. VALLAS et NOVÉ-JOSSERAND, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

En terminant nos études médicales, nous sommes heureux d'adresser des remerciements aux maîtres qui nous ont prodigué leurs savantes leçons, soit aux cours de la Faculté, soit aux lits des malades.

Nous sommes particulièrement sensible au grand honneur que M. le professeur Fochier veut bien nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

M. Vallas nous a inculqué les premières notions de chirurgie, nous n'oublierons pas les trois mois que nous avons passé dans son service, lors de son séjour à l'hôpital de la Croix-Rousse.

A nos maîtres de l'hôpital Saint-Joseph, MM. Goullioud, Rafin, Clément et Chaballier, dont nous avons été l'externe pendant un an et demi, nous adressons un souvenir de respect et de reconnaissance.

Nous remercions, en particulier, M. le docteur Goullioud; dans son service nous venons de remplir pendant six mois les fonctions d'interne et c'est à lui que nous devons le sujet de cette thèse.

Que MM. Condamin et Auguste Pollosson reçoivent ici l'expression de toute notre gratitude pour l'amabilité avec laquelle ils ont répondu aux renseignements que nous leur demandions ces jours derniers.

Nous prions M. Pont, médecin de la clinique dentaire du Dispensaire, de recevoir nos remerciements, nous sommes vivement touché de sa bonté à notre égard.

Et, enfin, s'il nous est agréable d'avoir atteint le terme de nos études, il nous est, en revanche, bien pénible de dire adieu aux excellents amis que nous laissons à Lyon.

INTRODUCTION

Durant notre séjour dans le service de M. le docteur Goullioud, nous avons eu l'occasion de le voir employer un procédé de drainage péritonéo-vaginal nouveau ou du moins signalé nulle part.

C'est un tamponnement du Douglas avec une mèche de gaz iodoformée qu'on abandonne au-dessous d'une fermeture complète de l'abdomen, et qu'on va ensuite retirer en partie dans le vagin.

Dans une publication faite au mois de mars dernier, M. Goullioud (1) avait signalé ce procédé et l'avait dénommé Mikulicz vaginal.

Nous avons accepté avec plaisir d'étudier les avantages, les indications de ce Mikulicz atypique, qui peut remplacer parfois son aîné sans en avoir les mêmes inconvénients.

Quinze observations ont pu être recueillies, dans lesquelles le procédé a été employé.

A la fin du chapitre V nous avons fait voir l'exten-

(1) GOULLILOUD. — *Lyon Médical* 1900

sion pratique que peut avoir la même idée appliquée à un drainage péritonéo-périnéal et nous citons l'observation.

Le plan de notre thèse, comprendra cinq chapitres :

Chapitre I. — Evolution du drainage péritonéal dans la laparotomie.

Chapitre II. — Observations.

Chapitre III. — Technique du procédé.

Chapitre IV. — Avantages du procédé et inconvénients qu'il peut présenter.

Chapitre V. — Applications théoriques et cliniques du procédé.

CHAPITRE PREMIER

Evolution du drainage péritonéal dans la laparotomie.

Le premier, en 1855, Peaslee (1) posa l'indication du drainage péritonéal; il se servait d'une sonde élastique pénétrant dans le cul-de-sac de Douglas et sortant par le vagin. Huit ans plus tard, Hœberlé (2) drainait par la plaie abdominale avec un tube de verre terminé en cul-de-sac et perforé de petits trous dans toute sa longueur.

Lès deux voies du drainage péritonéal étaient dès lors fixées, mais les indications étaient loin de l'être véritablement.

On voit Sims (3), en 1872, recommander de drainer systématiquement dans toute ovariectomie.

Son exemple fut suivi par Nussbaum (4) qui, la

(1) PEASLEE. — Ovarian tumors, 1855.

(2) Kœberlé. — *Gaz. Hôpitaux*, 1867.

(3) SIMS. — On Ovariectomy, 1872.

(4) NUSSBAUM. — Die drainagierung der bauchhöhle (*Æztl. Intelligenzbl.*, n° 3, 1874).

tumeur ovarique enlevée, perfore avec un long trocart le cul-de-sac recto-utérin et passe ainsi un tube à drainage dont l'un des deux bouts est dans le vagin tandis que l'autre sort par la plaie abdominale.

A la même époque, Eugène Hann (1), de Berlin, apporte à l'appui de la théorie de Sims un cas d'ovariotomie suivie de drainage de la cavité abdominale et terminée par la guérison.

Une réaction ne devait pas tarder à se produire, et des voix autorisées comme celles de Grenser (2) et Schroeder (3) s'élevèrent contre l'abus que Sims avait fait du drainage.

Grenser lui donne déjà certaines limites ; il pense que le drainage de la cavité abdominale ne doit pas être pratiqué indistinctement pour toutes les ovariotomies et le réserve pour les cas où persiste une certaine quantité de contenu kystique ou un épanchement de liquide séro-sanguinolent.

Pour Schroeder, l'exsudation n'est pas à craindre autant que Sims le prétend et, de plus, la péritonite n'en serait pas la conséquence nécessaire. Au dire du chirurgien allemand, la péritonite serait causée par le poison septique qui rend l'exsudat infectieux. Aussi, pour débarrasser le péritoine de ce poison, propose-t-il, dans les cas où il y aurait rupture du kyste pendant l'opération, ou début de septicémie

(1) Eugène HANN. — *Soc. gynécol. de Berlin*, 19 mai 1874.

(2) GRENSER. — *Rev. des Sc. Médic.*, 1875.

(3) SCHROEDER. — Ueber die drainage des douglaschen Raumes bei der Ovariectomie (*Sitzl der phys. med. Soc. zu Erlangen*, 1875).

après l'opération, de faire le drainage de la cavité de Douglas.

En 1881, Labbé (1) spécifie déjà les conditions où l'on doit drainer le péritoine : 1^o lorsqu'il existe une ascite qui, très vraisemblablement, aura une tendance à se reproduire pendant quelque temps; 2^o lorsqu'il existe des adhérences étendues et très vasculaires.

Le champ du drainage péritonéal rentrait donc dans des limites peu étendues, il est vrai, mais bien déterminées.

Kehrer (2), l'année suivante, apportait un perfectionnement à la technique du drainage et associait aux tubes de verre ou de caoutchouc, seuls employés jusqu'alors, les avantages de la capillarité.

Voici quel était son procédé : une triple mèche était placée dans le bassin, un des chefs dans le cul-de-sac de Douglas, les deux autres latéralement, et les extrémités libres, reliées à un tube, ressortaient par la partie inférieure de la plaie abdominale.

Malgré cette vogue du drainage péritonéal, on voit un chirurgien français, Lucas Championnière (3), déclarer qu'on ne doit faire du drainage que lorsqu'on ne peut faire autrement.

Mais sa voix reste sans échos, le drainage, toujours

(1) LABBÉ. — De la valeur du drainage péritonéal dans l'ovariotomie (*Bulletin de l'Acad. de Médec.*, tome IX, n^o 48, 1881.)

(2) KEHRER. — Kappillardrainage der Bauchohle (*Centr. für Gyneck.*, 1882).

(3) LUCAS CHAMPIONIÈRE. — *Soc. de Chir.*, 1883.

en faveur à l'étranger, vit, au contraire, étendre ses avantages et ses applications avec la bourse de gaze de Mikulicz (1) en 1886.

Le drainage à la Mikulicz devint synonyme de tamponnement, de cloisonnement.

C'était, on le voit, un domaine beaucoup plus étendu, mais ce fut aussi le signal de vives discussions.

Pozzi (2) resta seul à plaider les avantages de la bourse de gaze de Mikulicz et finit même par perdre sa cause, devant l'opposition de MM. Bouilly et Terrillon dans une séance de la Société de Chirurgie, 29 février 1889.

Devant la même Société, un an plus tard, Boeckel (3) allait jusqu'à déclarer que le drainage était une erreur chirurgicale.

A quinze ans d'intervalle, depuis l'exagération de Sims, Boeckel se lançait dans un extrême contraire pouvant devenir funeste dans la pratique.

Il faut, pourtant, rendre justice à quelques chirurgiens pour les protestations, les restrictions qu'ils formulèrent dans la même séance. MM. Segond, Ollier, Berger et Sée furent d'avis que la suppression du drain ne restait, malheureusement, qu'un idéal.

Tandis qu'avaient lieu en France toutes ces dis-

(1) MIKULICZ. — Manière d'isoler de la cavité péritonéale les portions mortifiées, particulièrement dans l'extirpation des tumeurs du bassin (*Centr. f. Chir.*, n° 24, 1886).

(2) POZZI. — *Soc. de Chir.*, 1888.

(3) BOECKEL. — *Soc. de Chir.*, 1889.

cussions, un américain, Penrose (1), tirait du Mikulicz à peu près toutes les indications qu'il pouvait remplir, l'employant pour l'hémostase, le cloisonnement et le drainage.

Des inconvénients réels accompagnaient, cependant, l'usage du sac de gaze sortant par la plaie abdominale, et le plus important était l'éventration post-opératoire. Aussi M. le professeur Laroyenne(2), admettant la nécessité et la valeur du drainage à la Mikulicz, voulut remédier à l'éventration et il créa ses fils d'attente.

Quelques mois plus tard, Lucas Championnière (3) renouvelait ses attaques contre le drainage et déclarait qu'un bon nettoyage suffisait toujours, qu'on ait rencontré du pus ou non. Ses idées étaient encore plus impartiales que celles qu'il avait eues onze ans plus tôt. Mieux inspirés, M. Condamin et son élève Brenans (4) opposaient à ce parti-pris une judicieuse critique du Mikulicz abdominal en étudiant ses avantages et ses inconvénients.

En 1896 on voit un chirurgien allemand, Sippel (5), préconiser, pour la première fois, une variété de drainage, le drainage péritonéo-vaginal par effondrement du cul-de-sac postérieur. Le même

(1) PENROSE. — Drainage in abdominal surgery (*Journal of chir. med. Assoc.*, 22 février 1895).

(2) LAROYENNE. — Cité par Fabre dans *Annales de Gynécologie*, 1893.

LUCAS CHAMPIONIÈRE. — *Soc. de Chir.*, 1894.

(4) BRENANS. — Thèse de Lyon, 1894.

(5) SIPPEL. — *Centr. für. Gyneck.*, 1896.

auteur fait ressortir, à l'appui de son conseil, le danger qu'il y a de laisser se former un épanchement septique dans le Douglas.

Dans ces dernières années, enfin, le drainage péritonéal prend une place moins discutée dans la chirurgie française et il perd de plus en plus ses détracteurs.

M. le professeur Poncet inspire la thèse de Vergne (1), en 1898, sur la valeur du tamponnement de la cavité abdominale suivant le procédé de Mikulicz.

Il reconnaît que la bourse de gaze type peut être simplifiée et remplacée par des mèches de gaze qui répondront encore mieux aux préoccupations de Mikulicz, en supprimant « les coins morts ».

Le même chirurgien lyonnais ouvre le Congrès de Chirurgie de 1899 et, dans son discours d'ouverture, se déclare partisan du drainage, sans que des protestations soient soulevées.

Et, tout récemment, Carle (2) étudiait, sous les auspices de M. Auguste Pollosson, les applications du drainage le plus large, le drainage abdomino-vaginal.

Des travaux complets et très intéressants sont donc faits sur le Mikulicz abdominal ou sur le drainage abdomino-vaginal.

Mais il semble que le simple drainage péritonéo-vaginal n'ait pas été étudié ; on le pratique pourtant souvent soit seul, soit combiné avec l'ouverture de l'abdomen.

(1) VERGNE. — Thèse de Lyon, 1898.

(2) CARLE. — Thèse de Lyon, 1900.

Des chirurgiens introduisent la gaze du péritoine dans le vagin pendant l'opération, d'autres perforent le cul-de-sac postérieur ou profitent d'une brèche faite par une hystérectomie par exemple, pour pousser dans le Douglas une mèche de bas en haut après l'intervention.

On ne demande généralement à la gaze péritonéo-vaginale que de remplir un rôle de drainage.

M. Goullioud a voulu, par un procédé que nous indiquons dans le chapitre III, tirer d'une mèche de gaze tassée dans le Douglas et descendue partiellement dans le vagin après la laparotomie, plusieurs avantages du drainage à la Mikulicz, d'où la dénomination de Mikulicz vaginal donnée à sa publication du mois de mars, dénomination que nous employons, du reste, quelquefois dans le cours de notre travail.

CHAPITRE II

OBSERVATION I

RÉTROVERSION ADHÉRENTE AVEC SALPINGO-OVARITE GAUCHE. —
ABLATION UNILATÉRALE DES ANNEEXES GAUCHES. — VENTRO-
FIXATION. — DRAINAGE PÉRITONÉO-VAGINAL.

D... A., 29 ans, demeurant à Lyon, entre à la Charité, dans le service de M. le professeur Laroyenne, le 28 décembre 1891.

Réglée à 15 ans, menstrues très régulières jusqu'à 24 ans époque de la première grossesse. A eû deux enfants, le premier à 24 ans, le second à 28 ans, les grossesses ont été normales, sans accidents. La malade a fait ses deux couches à la Maternité de la Charité

L'affection actuelle débutait, il y a trois semaines, par des douleurs abdominales et lombaires consécutives, au dire de la malade, à une injection vaginale froide. C'était l'époque de ses règles qui, d'ailleurs, vinrent comme d'habitude, mais durèrent une semaine et furent très abondantes.

Depuis, la malade n'a cessé d'avoir des pertes blanches qui, depuis un an, viennent régulièrement à chaque menstrue.

Pendant les quinze derniers jours la malade, qui est

domestique, a suspendu tout travail pénible; par le repos elle obtient un réel soulagement dans ses douleurs.

La palpation est douloureuse dans la région sous-ombilicale et dans la fosse iliaque gauche, à deux centimètres au dessus du ligament de Poupart.

Au toucher vaginal, on constate un utérus en rétroversion; à gauche, une masse de salpingo-ovarite plus volumineuse que l'utérus, irrégulière, formée de bosselures diverses; en un mot, ne donnant pas la sensation d'une collection unique à ponctionner, mais bien plutôt celle d'une masse de salpingo-ovarite à énucléer. D'ailleurs l'utérus est en rétroversion et resterait dans cette position après le débridement vaginal, il est donc mieux de faire la salpingectomie et de terminer par une ventro-fixation.

On ne sent rien au niveau des annexes droits.

2 octobre 1891. — M. le docteur Goullioud fait la laparotomie. Trendelenburg. Incision couche par couche, de façon à passer trois doigts. Trois éponges sont placées pour récliner l'intestin. Au fond de la plaie on peut voir, à gauche, un plan d'adhérences réunissant l'S iliaque au bord supérieur du ligament large; au dessous on voit une collection formée par les annexes.

Faisant pénétrer les doigts juste au dessous de l'intestin, on sépare celui-ci de la masse de salpingo-ovarite. En détachant ces adhérences, on ouvre un petit abcès; la valeur d'une cuillerée de pus s'aperçoit profondément entre le gros intestin et la masse des annexes. Toilette avec des éponges phéniquées. L'intestin grêle reste très bien protégé pendant ce temps.

Péniblement l'on détache du fond du bassin une masse formée par les annexes qui sont enfouis sous une voûte formée par le ligament large. On fait un premier pédicule sur le ligament infundibulo-pelvien gauche, on sectionne; la masse ne tient plus qu'à la corne utérine par une trompe très friable qui se déchire sous une pince-longue.

Première toilette du puits créé par la salpingectomie avec

éponges imbibées d'acide phénique à 50/000 (toujours sans toucher, intestin grêle bien relevé). Ligature avec gros catgut sur ligament infundibulo-pelvien, puis on reprend l'origine de la trompe que l'on résèque; cautérisation et ligature double au catgut, puis suture au catgut encore de la corne utérine qui suinte.

On examine les annexes du côté droit, la trompe est absolument saine : on les laisse donc en place.

Nouvelle toilette phéniquée du puits gauche et tamponnement avec deux mèches de gaze iodoformée.

Puis ventro-fixation avec trois fils de catgut chromique.

On enlève alors les éponges qui, jusqu'ici, ont parfaitement protégé l'intestin.

Et l'on referme intégralement la paroi abdominale par trois plans de suture.

Mettant ensuite la malade dans la position de la taille, on fait une nouvelle injection vaginale.

Avec le doigt l'on distingue, à travers la muqueuse vaginale, la gaze iodoformée. Un coup de ciseau est donné au-dessous de la gaze sur la muqueuse et le dilatateur de Tripier agrandit l'orifice ainsi créé. Il est facile ensuite de retirer avec une pince-longuette les deux mèches de gaze.

3 octobre 1891. — Un suintement abondant s'est produit par le vagin, suintement séro-hématique. Température R. : 38°6 le soir. Pouls, 108. Pas de vomissements.

4 octobre 1891. — Suintement moins abondant qu'hier. Température R. maxima de la journée : 38°2. Pouls, 116. Ni vomissements, ni nausées, ni douleurs.

8 octobre 1891. — On enlève la mèche vaginale et on fait le premier panséement. La température R. de la malade est, le matin, de 38°, le soir, de 37°9. La malade ne souffre pas.

Les jours suivants, la température R. oscille autour de 38°, jusqu'au 19 octobre ; elle tombe alors à 37°5.

Et, après des suites, en somme assez simples, la malade part guérie le 26 octobre 1891.

OBSERVATION I.

ABLATION ABDOMINALE DES ANNEXES. — DOUBLE PYOSALPINX. —
MÈCHE PÉRITONÉO-VAGINALE. — PLAIE INTESTINALE.

R..., L..., vingt-quatre ans, demeurant à Lyon, entre à la Charité le 16 août 1892, dans le service de M. le professeur Laroyenne.

Pas de maladies antérieures, mariée depuis quatre ans, a une fille de trois ans ; jamais de fausses couches.

Règles toujours régulières, mais pertes blanches dans l'intervalle, depuis son mariage.

L'année passée, douleurs dans le ventre, à gauche ; ces douleurs ont duré quinze jours et ont cédé aux vésicatoires.

Il y a deux mois, à la suite de ses règles, les douleurs ont réapparu dans le côté gauche sans irradiations, elles ne sont pas très douloureuses au repos. Aussi la malade a gardé le lit depuis cette époque-là.

L'état général est devenu très mauvais depuis l'apparition nouvelle des douleurs : anorexie, amaigrissement considérable.

M. Goullioud constate, au toucher vaginal, une double salpingo-ovarite, sans collection bien nette, à ponctionner par le vagin.

Il se décide à faire l'ablation par la voie abdominale.

19 août 1892. — Intervention par M. Goullioud ; après l'incision médiane sus-pubienne, on sectionne une bride épiploïque et l'on tombe sur un gros pyosalpinx à gauche.

On l'énuclée sans qu'il se rompe, mais l'énucléation a été rendue difficile par une trop petite incision.

A droite, le pyosalpinx est moins gros.

On met ensuite une grosse mèche dans le Douglas et l'on en étale l'extrémité supérieure.

On va, après la fermeture intégrale de la paroi abdominale,

chercher par le vagin cette mèche. Mais, n'ayant pas pris la précaution de tirer sur le col avec une pince, on blesse le rectum avec le dilatateur de Tripier.

Les matières ne sortent qu'après l'ablation de la mèche, très grosse.

On compte sur la rétraction vaginale.

2 septembre. — Ablation de toute mèche. Lavages.

26 septembre. — Départ de la malade allant bien, conservant un peu d'induration dans le cul-de-sac postérieur, à droite (probablement au niveau de la plaie intestinale).

La fistule ne laisse plus passer de matières, si ce n'est en cas de purgation.

La malade a été revue, quelques semaines après, par M. Goullioud qui a pu constater que la fistule stercorale était bouchée.

OBSERVATION III

SALPINGITE DROITE. — PETIT KYSTE OVARIEN. — LAWSON-TAIT.
DRAINAGE PÉRITONÉO-VAGINAL.

H. L..., 39 ans, demeurant à Lyon, entre à l'hôpital Saint-Joseph, le 3 décembre 1895.

Mariée à 24 ans. Trois grossesses normales et six fausses couches. Est malade depuis sa dernière fausse couche qui date de trois ans.

A l'examen, ventre très lâche, légère éventration, paroi très faible.

Les règles sont très irrégulières surtout depuis trois mois.

Toucher vaginal : Salpingite gauche très nette, constituant une masse parfaitement appréciable par le toucher et palper combinés. La masse est du volume d'un œuf sans qu'il y ait cependant de poche à ponctionner par le vagin. Col utérin énorme, très gros, large comme une pièce de cinq francs avec légère métrite cervicale.

10 décembre 1895. — Opération par M. Goullioud. Anesthésie à l'éther. Trendelenburg. Incision médiane grande, n'atteignant pas l'ombilic.

L'intestin grêle se récline de lui-même, sous l'influence de la position et laisse voir le fond du bassin.

Au milieu, on voit l'utérus incliné en arrière sans être en rétroversion complète et adhérent au rectum par toute sa face postérieure.

A gauche, sous le péritoine du ligament large, on aperçoit une tuméfaction liquide, kystique, plus grosse qu'un œuf, qui est un kyste du ligament large. La trompe passe par dessus et son pavillon est libre : il n'y a donc pas eu de salpingite de ce côté.

A droite, on voit manifestement des adhérences inflammatoires nombreuses, recouvrant en somme tout le cul-de-sac de Douglas qui n'existe plus. Ce sont des adhérences étalées du sommet du ligament large sur l'ovaire, la trompe, l'utérus et le rectum.

On s'attaque d'abord au kyste sous-séreux du côté gauche, c'est une décortication que l'on peut faire sans rompre le kyste lui-même. Cette décortication est assez difficile, elle se fait avec le bout des doigts et en coupant quelques brides.

L'uretère gauche, qui faisait le tour du kyste et lui était adhérent, est heureusement reconnu et décollé.

Le kyste enlevé représente une grande poche à liquide séreux, non filant, à parois minces et transparentes.

Il y avait aussi un kyste gros comme une noisette dans l'ovaire gauche.

On détache ensuite les adhérences de l'utérus et du rectum avec le doigt jusqu'à ce que l'on sente un doigt vaginal porté derrière le col. On fait cette manœuvre pour libérer l'utérus et en prévision du drainage péritonéo-vaginal que l'on se propose de faire, à cause des larges décollements du bassin.

Du côté droit, où il y a donc une salpingite manifeste ancienne, on décolle, soit sous les adhérences, soit sous la séreuse du ligament large, l'ovaire un peu kystique et la

trompe peu augmentée de volume, mais dont le pavillon est adhérent au fond du bassin et qui se laisse décoller.

Dans ce cas il est manifeste que les lésions de salpingite étaient très secondaires et qu'il y avait eu, au contraire, de nombreuses adhérences pelvi-péritonéales.

On place, après les sections et ligatures des pédicules, une double mèche de gaze iodoformée dans le Douglas, au milieu du plan de clivage établi entre l'utérus et le rectum. La partie supérieure en est étalée au niveau du fond de l'utérus. Les surfaces cruentées ne sont pas totalement recouvertes.

Suture intégrale en trois plans de la paroi abdominale.

Dans un temps vaginal la malade est mise en position de la taille, puis, après une nouvelle injection vaginale, on ferme le col avec une pince à quatre dents. On incise alors, avec des ciseaux, la paroi du cul-de-sac postérieur, tout près de l'utérus, afin de ne pas endommager le rectum.

Avec le dilatateur de Tripier, complètement écarté, on pénètre à travers le Douglas et l'on arrive jusqu'à la mèche de gaze iodoformée que l'on amène dans le vagin. Il se produit, en ce moment, une légère hémorrhagie qui n'éveille pas d'inquiétude; on place une compresse iodoformée en avant du col utérin.

Le soir de l'opération il existe un fort suintement sanguin plus fort que des règles normales.

11 décembre 1895. — Le matin, vomissements verdâtres. Le suintement sanguin vaginal est comparable, aujourd'hui, à des menstrues ordinaires. Température R. le matin : 37°7, le soir : 38°. Pouls faible: 96 pulsations.

12 décembre 1895. — Un vomissement le matin. Température R. le matin : 37°4, le soir : 38°4. Pouls : 76 pulsations. On donne un cachet de jalap et de calomel le soir.

13 décembre 1895. — Vomissements verdâtres, porracés; a vomi un verre de Rubinat. Second cachet de calomel et jalap. Lavement laxatif dans l'après-midi. Première selle à quatre heures du soir, cinq autres dans la soirée. Température R. matin et soir : 37°5. Pouls : 76.

14 décembre 1895. — Va bien mieux, n'a plus vomé depuis hier matin. Pouls fort : 80. Température R. matin : 37° 3 ; soir : 38°.

21 décembre 1895. — Ablation des fils métalliques et de la mèche.

8 janvier 1896. — La malade va bien. Du fait du drainage vaginal, le cul-de-sac de Douglas est oblitéré et l'utérus incliné en arrière et un peu à gauche. Ce dernier a déjà subi un commencement d'atrophie et le col n'a plus les dimensions considérables qu'il avait avant l'opération.

11 janvier 1896. — Sort de l'hôpital.

6 janvier 1897. La malade revient aujourd'hui pour amener son mari à la consultation. Elle se plaint de quelques douleurs dans le ventre lorsqu'elle se fatigue. Le toucher vaginal révèle un peu de sensibilité dans le cul-de-sac postérieur, et surtout à gauche; cicatrice abdominale parfaite.

OBSERVATION IV

KYSTE DE L'OVAIRE INTRA-LIGAMENTEUX. — OVARIOTOMIE. —
DRAINAGE PÉRITONÉO-VAGINAL. — ALBUMINURIE.

R. M..., 32 ans, demeurant au Coteau (Loire), entre à l'hôpital St-Joseph le 1^{er} septembre 1897.

Pas d'antécédents pathologiques. Réglée à 11 ans et toujours régulièrement depuis.

Mariée à 22 ans; trois enfants.

Depuis la dernière couche, qui date de 1894, la malade a des pertes blanches et a pris de violentes douleurs dans le ventre.

Au mois de mars dernier elle s'aperçut que son ventre grossissait peu à peu; elle ressentait en même temps des

douleurs dans les jambes qui enflèrent toutes deux. Dysurie et constipation.

A l'examen: ventre augmenté de volume, distendu. Le côté gauche de l'abdomen est occupé par une tumeur qui plonge dans l'excavation et refoule l'utérus en haut, en avant et un peu à droite. La surface de la tumeur est unie, rénitente, la masse est immobile.

Par le toucher on sent une tumeur dure, rénitente, plongeant dans l'excavation; le col utérin est remonté au-dessus du pubis et à droite; à travers la paroi vaginale du Douglas on sent de petites végétations dures.

On a affaire à un kyste de l'ovaire intraligamentaire, peut-être malin.

Cedème sus-pubien assez considérable. Enflure concomitante de la jambe gauche.

Disque d'albumine dans les urines.

3 septembre 1897. — Opération par M. Goullioud. On trouve, en effet, un kyste ovarien intraligamentaire et, placés en avant, l'utérus et les ailerons supérieurs du ligament large. Dans le Douglas il y a des adhérences au rectum, adhérences secondaires faibles.

Ponction du kyste, le contenu en est rougeâtre, hématique. Ligature de l'aileron tubaire et du ligament rond à gauche, près de l'utérus. Ligature du ligament infundibulo-pelvien gauche que l'on distingue sur le bord de l'excavation. Enucléation de la poche qui n'est que partiellement ligamentaire; elle est fixée aussi dans le bassin par des adhérences faibles. Elle s'est rompue, mais le ventre était bien protégé et la paroi interne a pu être enlevée intégralement.

Nous nous trouvons en présence d'une poche uniloculaire, avec végétations révélant une certaine malignité. Les végétations n'ont pourtant pas proliféré en dehors de la poche.

Du fait de l'ablation du kyste, le ligament large se trouve comme dédoublé. On le ferme par un surjet courant de la corne utérine gauche jusqu'au bassin. On enlève l'ovaire

droit qui présente un petit kyste pouvant être la cause de récédive. Il reste dans le fonds du bassin quelques surfaces cruentées. On y place alors une mèche de gaze iodoformée sur laquelle sont rabattus utérus et intestin.

Puis, occlusion complète de la paroi abdominale par trois plans de suture. Dans un second temps vaginal, après nouvelle injection, on défonce le Douglas d'un coup de ciseaux et avec le dilatateur de Tripier. On sent la mèche qui est abaissée dans le vagin.

4 septembre. — Température R. : 37°7 matin et soir. Pouls : 116 pulsations; a uriné spontanément.

5 septembre. — Est allée à la selle plusieurs fois. Le suintement par la mèche péritonéo-vaginale a déjà cessé: il a duré moins d'un jour. Température R. : 37°3 le matin, et 37°4 le soir.

6 septembre. — Le soir, à 7 h., la malade a été prise d'une violente tachycardie, le pouls était incomptable. Les battements du cœur étaient de 128 à la minute. Pas de suffocation. Cet accès a duré jusqu'à 4 h. du matin. Température R. : 37°5 matin et soir.

7 septembre. — La malade est abattue ce matin, meilleur pouls, qui est régulier et qui se compte à 100 pulsations. Le soir nouvel accès de tachycardie, mais moins violent et qui se calme rapidement. Température R. : 37°6 matin et soir.

13 septembre. — Ablation de la mèche vaginale sans injection ni avant ni après.

27 septembre. — La malade part guérie, mais elle a conservé son albumine.

Le 29 juin 1898 la malade revient à la consultation : elle va bien, les règles ne sont pas revenues, elle se plaint de bouffées de chaleur. Albuminurie persistante.

Le 16 août 1898, on a d'excellentes nouvelles de la malade.

OBSERVATION V

KYSTE DE L'OVAIRE. — TORSION DU PÉDICULE. — OVARIOTOMIE. — DRAINAGE PÉRITONÉO-VAGINAL.

G... C..., trente-cinq ans, demeurant à Lyon, entre à l'hôpital St-Joseph le 26 novembre 1897.

Pas d'antécédents pathologiques personnels. Réglée depuis l'âge de quatorze ans, toujours régulièrement. Mariée à dix-neuf ans, jamais d'enfants, jamais de fausses couches.

Depuis mai 1897, la malade a vu son ventre augmenter de volume, après avoir eu de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite.

Le 14 novembre 1897, au milieu de la nuit, elle se réveilla en proie à une douleur atroce subitement installée, comme la fois précédente, dans la fosse iliaque droite. Les règles apparurent le lendemain à leur époque normale. Le ventre a de nouveau augmenté de volume.

La palpation fait reconnaître la présence d'une tumeur qui remonte à deux centimètres au-dessus de la cicatrice ombilicale ; la consistance de cette tumeur est inégale, assez dure dans le flanc droit, mais sur une petite étendue ; elle semble nettement fluctuante à gauche.

Douleur à la palpation dans les deux flancs, plus accentuée à gauche ; les douleurs du début étaient, au contraire, prédominantes à droite. Pas d'ascite. Pas de phénomènes de compression du côté des réservoirs.

Par le toucher combiné avec le palper abdominal, on arrive difficilement sur la tumeur ; il faut la ramener avec la main à la rencontre du doigt vaginal ; elle est plus accessible dans le cul-de-sac latéral droit que dans le gauche. Elle semble être alors nettement fluctuante et indépendante de l'utérus.

Fièvre légèrement élevée le soir.

4 décembre 1897. — Opération par M. Goullioud. Après l'incision de la paroi abdominale, on tombe sur une tumeur manifestement kystique. Ponction au trocart. Le liquide qui s'écoule est abondant et de couleur hématique. Le pédicule a subi des mouvements de torsion, les adhérences qui réunissent les tours de spire sont faibles. On fait exécuter au kyste trois demi-tours de spire de droite à gauche et le pédicule est détordu.

Les surfaces du pédicule que la torsion avait adoptées se reconnaissent facilement à leur coloration plus foncée qui tranche, à arêtes vives, sur le reste de la coloration de ce pédicule. Ligature du pédicule. Cette ligature est double.

Ablation du kyste.

A cause des phénomènes de sphacèle commençant, on place une mèche de gaze iodoformée dans le cul-de-sac de Douglas.

On abandonne cette dernière dans le bassin, on referme la paroi en trois plans, et dans un dernier temps vaginal, on va la chercher avec une pince.

On a donc fait un drainage à la Mikulicz à ouverture vaginale.

5 décembre 1897. — Fort suintement séro-sanguin par le vagin. Température R. : matin 37°7, soir : 38°2. Pouls : 110 pulsations.

Les jours suivants les suites sont normales ; le suintement vaginal persiste abondant, le 6 décembre, et diminue ensuite.

13 décembre 1897. — Ablation de la mèche péritonéo-vaginale.

23 décembre 1897. — Sortie. Va bien. Le cul-de-sac postérieur est bien cicatrisé ; pas de fistule.

OBSERVATION VI

FIBROME UTÉRIN DE 2 KILOGS 500 . — MYOMECTOMIE SANS
OUVERTURE DE L'UTÉRUS. — PÉDICULE EXTERNE. — GUÉRISON.

T..., A.,, 50 ans, demeurant à Lyon, entre le 8 décembre 1896 à l'hôpital St-Joseph.

Réglée à quinze ans, et toujours régulièrement depuis. Règles non douloureuses, de durée de trois à quatre jours. Depuis six mois elles n'ont pas reparu.

Le 2 décembre 1897, point de côté intense dans le flanc gauche; un médecin, consulté, constata la présence d'une volumineuse tumeur. L'évolution de cette dernière a été silencieuse au point qu'elle a passé inaperçue de la malade; jamais de douleurs, jamais d'hémorrhagies.

Actuellement on constate, par la palpation, l'existence, dans l'abdomen, d'une tumeur dure, volumineuse, bosselée, remontant jusqu'à environ trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette palpation ne révèle aucune sensation douloureuse.

Toucher vaginal : on sent des bosselures dures qui appartiennent manifestement à la tumeur. Il en est une, notamment, qui fait saillie dans le cul-de-sac antérieur et donne la sensation d'un utérus en anteversion.

La tumeur ne plonge pas dans les culs-de-sac latéraux; le cul-de-sac postérieur se laisse bien déprimer.

Cette tumeur appartient manifestement à l'utérus qui la suit dans ses déplacements qui, d'ailleurs, sont limités eu égard au volume de la tumeur.

Elle ne semble pas adhérente aux organes voisins.

Mate à la percussion, elle n'est pas fluctuante.

Pas de troubles du côté des réservoirs. Jamais de métrorrhagie ni de coliques utérines.

3 janvier 1898. — La tumeur, à la suite d'un repos assez

marqué, est devenue plus mobile ; les mouvements ne se communiquent que peu ou pas du tout au col de l'utérus. Cette remarque décide à penser à une myomectomie plutôt qu'à une hystérectomie inutile.

4 janvier 1898. — Opération par M. Goullioud. Anesthésie à l'éther sans incidents. Après l'incision de la paroi on tombe sur un volumineux fibrome pédiculé, dont le pédicule part du fond de l'utérus entre les origines des trompes. Aux point où la malade avait ressenti des poussées douloureuses il existe des adhérences intestinales et mésentériques vasculaires qui obligent à deux ou trois ligatures et à deux petits surjets hémostatiques sur l'intestin et le mésentère.

On se décide à traiter le pédicule comme celui d'une hystérectomie avec pédicule externe : broches, tannin, etc.

On enlève un second fibrome pédiculé du volume d'une mandarine et, sur la manchette qui en résulte, on fait un surjet.

Le pédicule saigne aussi, on le lie comme un pédicule de kyste ovarien.

A cause de ce pédicule perdu et à cause des adhérences intestinales on préfère drainer.

On met alors une mèche de gaze iodoformée dans le Douglas.

Dans le débridement vaginal, on produit une hémorrhagie assez abondante et l'on doit laisser une pince à demeure.

5 janvier 1898. — Faciès bon, un peu rouge; pouls bien frappé à 120 pulsations.

Pas de gaz; on a sondé la malade hier soir. On enlève la pince hémostatique.

Température R. : 37°6 le matin et 38°5 le soir.

6 janvier 1898. — A uriné spontanément hier; trois selles aujourd'hui à la suite d'une purgation. Température R. : 37°8 le matin et le soir.

14 janvier 1898. — Ablation des fils et de la mèche péritonéo-vaginale. La malade va bien.

28 janvier 1898. — Chute du pédicule externe, légèrement ailée par quelques coups de ciseaux.

6 février 1898. — Sortie. Légère plaie cutanée au niveau du pédicule.

28 mars 1898. — Revient se faire voir, elle est complètement guérie.

OBSERVATION VII

SUPPURATION PELVIENNE. — DOUBLE DÉBRIDEMENT DE LAROYENNE EN 1898. — DÉCHIRURE D'ADHÉRENCE A GAUCHE ET SALPINGECTOMIE DROITE. — DRAINAGE PÉRITONÉO-VAGINAL, EN FÉVRIER 1900. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE EN OCTOBRE 1900.

J... E..., 25 ans, demeurant à Lyon, entre une première fois à l'hôpital St-Joseph, le 31 mars 1898.

Réglée à 11 ans, les règles ont toujours été un peu douloureuses. Un enfant au mois d'octobre 1899, né à sept mois et demi qui mourut au bout de vingt-un jours. Pas de fausse couche.

Il y a dix jours, pendant son travail, fut prise d'une douleur assez vive dans le bas-ventre. Cette douleur se calma peu à peu pour revenir d'une façon intermittente. Les règles étaient terminées depuis deux jours quand la douleur s'est produite.

Au toucher vaginal : col un peu volumineux, très légèrement ramolli et un peu entr'ouvert. Quelques glaires s'écoulent par l'orifice externe. Dans le cul-de-sac latéral droit la pression réveille une douleur très vive et, en même temps, on constate, à ce niveau, le développement d'une masse inflammatoire très douloureuse.

22 avril 1898. — M. Goullioud fait une double ponction de Laroyenne : à gauche il s'écoule peu de pus, à droite beaucoup. Sort le 26 juin 1898, bien améliorée.

4 juillet 1898. — On revoit le malade ; les annexes droites

sont tout à fait rétractés, indolores au-dessus d'une cicatrice linéaire ; il est probable que, de ce côté, la trompe a été bien évacuée. A gauche, tumeur annexielle légère, un peu douloureuse à la pression.

21 février 1900. — Revient à l'hôpital parce qu'elle souffre toujours du ventre, surtout à droite. Depuis quatre mois elle a été obligée de faire un travail moins pénible. Au toucher, combiné avec le palper abdominal, on sent en avant et très légèrement à gauche, un utérus petit : dans le cul-de-sac postérieur on perçoit de petites cicatrices. Du côté gauche, il y a des adhérences, mais pas de grosses masses annexielles. Du côté droit, masse du volume d'un œuf.

24 février 1900. — Opération par M. Goullioud ; anesthésie à l'éther. Laparotomie. Du côté gauche, les annexes ne présentent rien de pathologique, si ce n'est une adhérence du pavillon à l'ovaire ; on la déchire avec le doigt.

Du côté droit, il existe une poche tubaire garnie de petits kystes ; l'ovaire est également scléro-kystique. On décolle cette masse annexielle et on l'enlève après avoir lié et sectionné ses pédicules.

Il reste quelques débris de la poche tubaire dans l'excavation pelvienne ; on les arrache avec la pince à pansement.

Une veine donne du sang dans la région où l'on vient de faire la castration ; ne pouvant que très difficilement en faire la ligature, on met un tampon de gaze dans le Douglas, pour comprimer le vaisseau.

On referme au-dessus la paroi abdominale par trois plans de suture, et l'on termine l'opération par une incision dans le cul-de-sac postérieur pour aller chercher le tampon de gaze et l'amener en partie dans le vagin ;

Les suites opératoires furent simples, les fils et la mèche furent enlevés le 5 mars 1900.

26 mars 1900. — Au toucher, utérus en bonne situation ; pas d'induration ni d'un côté ni de l'autre ; la malade accusait, ces jours-ci, de la sensibilité à gauche. Bonne réunion de la plaie. Sort le 2 avril.

Souffrant toujours de son ventre et surtout du côté gauche où l'on a détaché simplement une adhérence, M. Goullioud se décide à faire un hystérectomie vaginale le 26 octobre 1900.

OBSERVATION VIII

KYSTE DE L'OVAIRE AVEC ASCITE. — FIBROME UTÉRIN. — OVARIO-
RIOTOMIE ET HYSTÉRECTOMIE AVEC PÉDICULE EXTERNE. —
MORT.

P..., Cl., soixante sept ans, demeurant à Mornant, entre à l'hôpital St-Joseph, 8 août 1898.

Pas d'antécédents pathologiques. Réglée à quatorze ans, ménopause à cinquante ans, mariée à vingt-quatre ans, deux enfants, couches normales, une fausse couche à trente-cinq ans.

Depuis ce dernier accident la malade a eu des pertes abondantes au moment des règles, c'est aussi depuis cette fausse couche que la malade croit avoir vu grossir son ventre.

Après la ménopause la malade fut en assez bonne santé ; elle voyait simplement son ventre augmenter petit à petit de volume. Au mois de mai dernier, subitement perte assez abondante durant deux ou trois jours ; depuis, la malade perd presque sans interruption. Troubles du côté de la défécation tantôt constipation absolue, tantôt au contraire véritable crise diarrhéique.

Souffle systolique à la pointe.

Examen du ventre : ventre volumineux comme dans une grossesse de huit mois. Au palper : tumeur bilobée, on sent une masse droite qui remonte à deux doigts de la dixième côte ; à gauche une autre masse atteignant la ligne joignant l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure. La masse droite semble liquide, la masse gauche paraît être mi-partie liquide, mi-

partie solide. A gauche et en bas il y a une partie beaucoup plus dure que tout le reste : on peut se demander si ce n'est pas l'utérus. Au toucher vaginal, le col utérin est remonté très haut, presque au détroit supérieur, l'utérus est englobé ou adhère tout au moins à la masse. Les mouvements de la masse indurée ont même transmission que les autres. Dans le Douglas pas d'induration. Pas d'ulcération du col.

19 août 1898. — Opération par M. Goullioud. Incision longue. On trouve deux tumeurs superposées ; la plus élevée est formée par un kyste de l'ovaire mal pédiculé ; la seconde par un fibrome utérin globuleux du volume d'une tête à peine.

On énuclée d'abord le kyste et l'on fait deux pédicules aux extrémités de la large bande de tissu aplati qui sert de pédicule au kyste et qui va du bord droit du bassin en arrière à l'angle de l'utérus en avant. On se décide à enlever le fibrome, parce qu'il y a un peu d'ascite, que le péritoine est épaissi, tomenteux, et que ce fibrome, au lieu de faire l'effet d'un fibrome rétracté, induré, paraît en évolution (peut-être en évolution plus ou moins maligne).

On le sort de l'abdomen, mais il est bridé par le ligament large gauche que l'on doit sectionner.

L'ovaire gauche est sain.

On se décide à faire un pédicule externe. Des broches sont placées un peu haut (du côté opposé au col), un fil est lié au-dessous des broches, mais il se rétracte très loin et il y a plusieurs centimètres entre le fil et les broches. On remet un second fil élastique.

Section du fibrome au bistouri.

On place une mèche iodoformée dans l'abdomen et on referme au-dessus la paroi. Par un débridement vaginal consécutif, on retire une partie de la mèche et on la laisse à demeure. L'opération a été longue, a duré une heure et demie.

20 août 1898. — La malade a de l'excitation depuis l'opération ; on lui a fait deux piqûres de morphine et on a dû la sonder. Température R. : 38°4 le matin, 39° le soir. Puls : 116 pulsations.

21 août 1898. — La température reste à 38°5 le matin et 39°2 le soir. Pouls : 108.

22 août 1898. — La malade vomit, diarrhée abondante. Température R. : 38°7 le matin, 39°8 le soir. Pouls : 112.

23 août 1898. — La température monte toujours; matin : 39°8, soir, 40°5. Mauvais état général. Diarrhée persistante. Refroidissement des extrémités. Pouls : 140. Ventre ballonné. On enlève la mèche péritonéo-vaginale.

24 août 1898. — A vomi cette nuit, du sang noir très fétide; va de plus en plus mal et meurt à 8 h. 1/2 du soir.

OBSERVATION IX

KYSTE DE L'OVAIRE. — TORSION DU PÉDICULE. — OVARIOTOMIE GAUCHE. — DRAINAGE PÉRITONÉO-VAGINAL.

G. A..., 37 ans, demeurant à Lyon, entre à l'hôpital Saint-Joseph, le 7 novembre 1898.

Réglée à 14 ans et, depuis, régulièrement. Au mois de février 1898, accouchement à terme ayant nécessité une application de forceps. Depuis sept à huit mois, elle voit grossir son ventre. Il y a six semaines, elle eut brusquement une douleur vive dans le flanc droit. Dans le milieu d'octobre dernier, elle fit une chute qui amena des douleurs violentes, toujours dans le flanc droit, et une fièvre élevée.

A son entrée à l'hôpital, elle ne se plaint que de la grosseur de son ventre.

A la palpation, tumeur assez tendue semblant venir du côté droit. Sensation de flot. Matité vers l'ombilic; sonorité dans les flancs.

Toucher vaginal : pas d'indications importantes; le col est plaqué en avant.

18 novembre 1898. — Opération par M. Goullioud. Anesthésie à l'éther. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

On distingue difficilement le péritoine qui est très adhérent en avant ; on trouve, finalement, le plan de clivage et on libère quelques adhérences. Le kyste est de teinte brune et couvert d'adhérences sur les trois quarts de sa surface ; le sommet seul est à peu près libre. Ponction du kyste. Il s'écoule alors un liquide hématique. La poche, assez friable, est saisie avec des pinces en cœur. On arrive difficilement à la luxer au dehors à cause de nombreuses adhérences épiploïques qui saignent un peu. La difficulté vient aussi de la torsion du pédicule (deux tours). On ponctionne un second kyste à l'intérieur du premier et l'on peut sortir facilement la poche. On détord le pédicule enroulé dans le sens des aiguilles d'une montre.

Toutes les adhérences ont pu être détachées par simples décollements. Ligature et section du pédicule presque au ras de la corne utérine. Un petit suintement, au niveau de la piqûre de l'aiguille de Reverdin, oblige à quelques petits points de suture au fil de soie fine sur l'utérus qui saignotte.

La corne utérine est friable et vascularisée.

Toilette péritonéale avec des tampons ouatés ; on enlève quelques petits caillots.

Il existe dans le Douglas un suintement par de nombreux capillaires.

On ne fait pas d'hémostase, mais on y place une mèche de gaze qu'on abandonne jusqu'après la fermeture de la paroi.

Suture de cette paroi en trois plans. Pansement ordinaire. On va ensuite chercher la mèche par le vagin en défonçant le cul-de-sac de Douglas.

Suites opératoires normales.

28 novembre 1898. — On enlève les fils et la mèche péritonéovaginale. Réunion excellente.

29 novembre 1898. — La température R., qui n'était hier matin que de 37°4 et le soir de 37°7, a remonté aujourd'hui à 38°2 le matin et 39°2 le soir. La mèche a été enlevée trop tôt, il doit exister un peu de rétention.

30 novembre 1898. — La température R. est encore de 38°4 le matin, de 39° le soir; mais, le lendemain, elle redescend à 37°7 et le surlendemain de 37°4.

8 décembre 1898. — Sort guérie.

OBSERVATION X

FIBROME ET LÉSIONS SALPINGÉES ANCIENNES. — CASTRATION. —
DRAINAGE PÉRITONÉO-VAGINAL.

D..., Ch., 34 ans, demeurant à Lyon, entre à l'hôpital St-Joseph, le 20 mars 1899.

Réglée à 12 ans, toujours régulièrement et abondamment depuis.

Mariée à 19 ans et demi. Deux accouchements normaux; une première fausse couche de cinq mois, une seconde fausse couche il y a six ans, de trois mois.

Abcès pelvien opéré, par M. le professeur Poncet, par la voie vaginale, survenu de suite après la deuxième fausse couche. Pendant deux ans elle ne souffrit plus, mais, il y a quatre ans, commença à se plaindre de douleurs dans le bas ventre, surtout à droite. Depuis la même époque les règles ont toujours été douloureuses et plus abondantes qu'auparavant.

Il n'y a que deux ans que son ventre se mit à grossir, surtout après ses époques.

Depuis trois mois, elle perd continuellement, même en dehors des règles; c'est un suintement rosé, quelquefois noirâtre et souvent fétide. Et il se produit des hémorrhagies tous les quinze jours.

A l'examen : le palper révèle un utérus qui remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Pour le toucher vaginal, on sent un fibrome assez volumineux qui paraît surtout gros au palper bimanuel parce qu'il

plonge en partie dans le bassin. On sent une grosse masse dans le cul-de-sac antérieur, et l'on perçoit, dans le Douglas, à gauche, une bride cicatricielle au niveau de l'ancien abcès. Pertes blanches fétides qui font éviter un cathétérisme utérin.

24 mars 1899. — Opération par M. Goullioud ; anesthésie au mélange de Billroth sans incident.

Après l'ouverture de l'abdomen, on tombe sur une double lésion salpingée.

On fait alors une double castration en prenant la précaution habituelle de diviser le pédicule de chaque ablation annexielle.

On termine en plaçant une mèche dans le Douglas que l'on va retirer par le vagin : après la suture de la paroi.

Les suites de l'opération furent simples, on enlevait la mèche péritonéo-vaginale le 31 mars, et la malade sortait le 16 avril 1899.

20 mai 1899. — La malade, revue chez elle, perd comme avant la castration.

OBSERVATION XI

DOUBLE KYSTE OVARIEN, L'UN ABDOMINAL, L'AUTRE TORDU DANS LE DOUGLAS. — OVARIOTOMIE. — GUÉRISON.

G. R..., 56 ans, demeurant à Monplaisir, entre le 26 avril 1899 à l'hôpital St-Joseph.

Réglée à 16 ans, toujours régulièrement depuis, jusque vers l'âge de 38 ans. Mariée à 25 ans ; une grossesse l'année suivante ; accouchement fort pénible et enfant mort-né (pas d'application de forceps pourtant).

Depuis l'âge de 38 ans, les règles sont devenues irrégulières, apparaissant tantôt tous les quinze jours, tantôt toutes les trois semaines, tantôt tous les mois et toujours très abondantes.

Puis, à 40 ans, arrêt complet des règles pendant dix mois ;

pendant ce laps de temps, la malade ne vit pas apparaître la moindre perte rouge ou blanche. Au bout de ce temps elle eut une hémorrhagie vaginale abondante qui dura deux ou trois jours et cessa complètement.

Depuis, la malade ne fut plus réglée; elle n'eut que quelques pertes fort rares et insignifiantes.

L'affection qui amène la malade à l'hôpital aurait débuté il y a trois mois environ; son ventre aurait grossi peu à peu occasionnant une certaine douleur.

A l'examen : ventre bombé en avant augmenté de volume comme dans une grossesse de sept à huit mois.

Les mouvements communiqués à la tumeur sont un peu transmis à l'utérus; le cul-de-sac postérieur est occupé par une tumeur plus marquée dans la moitié gauche, qui pourrait être un kyste, ou l'utérus en rétrocession, ou l'utérus fibromateux.

3 mai 1899. — Opération par M. Goullioud. Anesthésie à l'éther. — Laparotomie.

On rencontre d'abord un kyste de l'ovaire développé aux dépens de l'ovaire droit et qui ne présente pas d'adhérences pélyiennes, ou plutôt les adhérences de la face inférieure du kyste sont si faibles qu'elles se détachent pendant qu'on tire sur le kyste et qu'on ne les reconnaît guère que sur la pièce enlevée, par une large plaque dépolie.

Ligature sur le pédicule droit, un peu haut, pour éviter des surfaces de teinte brunâtre.

Le kyste droit enlevé en quelques minutes, on met la main dans le Douglas où il avait été constaté une seconde tumeur par le toucher vaginal. On rencontre, en effet, une tumeur paraissant adhérer dans le Douglas et sur la face postérieure de l'utérus, par des adhérences faibles ou récentes, qui se détachent faiblement sous les doigts.

Bientôt la tumeur apparaît au dehors; il s'agit d'un petit kyste ovarien de 190 gr. de forme et de volume d'une grosse poire, qui est de teinte brunâtre, par suite d'une torsion de son pédicule.

La torsion s'était faite en sens inverse des aiguilles d'une montre (deux tours et demi).

Cette torsion avait complètement supprimé la circulation.

Le kyste tordu est formé aux dépens de l'ovaire gauche. Ligature sur le pédicule au catgut.

Il y a un léger suintement, à cause des petites adhérences détachées.

Aussi, l'on met une mèche de gaze iodoformée dans le Douglas.

La paroi est suturée complètement en trois plans, et l'on termine l'intervention en allant chercher la mèche péritonéo-vaginale par le cul-de sac postérieur.

Les suites opératoires ont été très simples ; on enlève la mèche huit jours après et la malade sort, guérie, le 24 mai 1899.

Ce cas présente donc un double kyste de l'ovaire : l'un volumineux comme un utérus gravide de quatre à cinq mois qui faisait opercule au niveau du détroit supérieur et fermait le petit bassin ; le second kyste, peu volumineux, avait subi un mouvement de torsion dans l'excavation. Par suite, les phénomènes réactionnels, consécutifs à cette torsion, étaient restés absolument limités au petit bassin.

2 janvier 1901. — On revoit la malade sur appel ; elle ne présente rien de particulier.

Suture abdominale parfaite. Le toucher vaginal n'indique pas de douleurs dans les culs-de-sac.

OBSERVATION XII

FIBROME UTÉRIN SESSILE. — MYOMECTOMIE ET ABLATION DES ANNEXES (KYSTES TUBO-OVARIENS.) — DRAINAGE PÉRITONÉO-VAGINAL.

M... A..., trente-deux ans, demeurant à Lyon, entre à l'hôpital St-Joseph le 17 juillet 1899.

Réglée à onze ans et toujours régulièrement depuis ; quelques pertes blanches.

Entre à l'hôpital pour des douleurs abdominales ayant apparu, il y a deux ans, sans cause bien appréciable.

Pas d'enfants ni fausses couches.

A l'examen on sent, dans la région sus-pubienne et sur la ligne médiane, une tumeur arrondie irrégulière et mobile. A droite, dans la fosse iliaque interne, on sent une tumeur dure, allongée, mobile et douloureuse.

Toucher vaginal : dans le cul-de-sac postérieur on sent une tumeur irrégulière dure, plus accusée à droite qu'à gauche. Dans le cul-de-sac latéral droit, on sent aussi une tumeur. Les mouvements imprimés par la main abdominale se transmettent à la tumeur sentie dans les culs de-sac.

Rien du côté du col, l'utérus semble être en avant.

Depuis deux ans, fréquence des mictions surtout marquée ces derniers temps.

Il s'agit d'un fibrome utérin hérissé de nodosites lui donnant un aspect épineux.

28 juillet 1899. — Laparotomie par M. Goullioud. — On arrive sur une tumeur enclavée dans le bassin, derrière l'utérus qui est refoulé en avant et coiffé par le ligament large droit ; on voit encore une autre petite tumeur liquide formée par un kyste tubo-ovarien. Au premier abord, les deux tumeurs paraissaient n'en faire qu'une et l'on pense à une tumeur mi-solide, mi-liquide de l'ovaire.

On ne peut faire sortir la tumeur du bassin avec les doigts glissés dans l'intérieur de celui-ci. On cherche alors à la dégager de ses liens d'attache. Pincement et section de l'origine de la trompe sur la corne utérine droite. Pincement et section du ligament infundibulo-pelvien droit, d'un lambeau de ligament large intermédiaire et d'adhérences filamenteuses entre la tumeur et le gros intestin. La tumeur tient encore, bien que le doigt puisse passer autour. On arrive à la luxer avec la forte pince d'Ollier et l'on s'aperçoit qu'elle tient à la face postérieure de l'utérus, un peu à droite ; pas de pédicule,

mais une adhérence plus large qu'une pièce de cinq francs.

Donc tumeur sessile, fibreuse, implantée sur la face postérieure de l'utérus. Sur la face supérieure de ce dernier organe était adhérent un kyste tubo-ovarien du volume d'une grosse mandarine.

L'adhérence de la tumeur fibreuse à l'utérus se détache par traction ; une hémorrhagie se déclare au niveau de la collerette spontanément formée par la couche la plus superficielle de l'utérus. On arrive, avec l'aiguille de Reverdin, à fermer la plaie utérine (comme après une myomectomie) ; on fait huit à dix points avec du gros Répin et une ligature sur une artère de la tranche de déchirure.

Les annexes gauches, que l'on voulait conserver, présentent aussi des lésions : brides filamenteuses, kyste tubo-ovarien. On se décide à les enlever. Il existe un suintement sanguin soit au niveau de l'utérus, soit au niveau des déchirures du Douglas. On décide de mettre alors une mèche péritonéo-vaginale ; on tamponne alors, avec une mèche de gaze iodo-formée, les surfaces cruentées, on les isole, puis on referme la paroi abdominale par une suture à triple étage.

Ensuite, retrait de la mèche par le Douglas défoncé.

29 juillet 1899. — A perdu pas mal par le vagin, sans cependant que cet écoulement sanguinolent fût inquiétant ; on a donc bien fait de drainer. Température R. : matin 37°3, soir 38°3. Pouls : 120.

30 juillet 1899. — Purgation, va à la selle une fois. Température R. : matin 37°6, soir 38°5. Pouls : 100.

Les jours suivants, l'état s'améliore petit à petit, la température baisse et, le 5 août, on enlève le Mikulicz vaginal sous légère anesthésie et l'on coupe les fils de l'incision abdominale.

Le 25 août 1899. — La malade s'en va se plaignant un peu de douleurs abdominales.

2 janvier 1901. — On revoit la malade qui présente un état général satisfaisant ; le toucher vaginal n'indique rien d'anormal.

OBSERVATION XIII.

SALPINGITE BILATÉRALE. — SALPINGOSTOMIE A DROITE. — OVARIO-SALPINGECTOMIE A GAUCHE.

B..., V. 34 ans, demeurant à Lyon, entre à l'hôpital St-Joseph le 12 mars 1900.

Réglée à 15 ans. Est mariée depuis l'âge de 24 ans; une couche normale à 25 ans. Souffre du ventre depuis cette dernière couche; ce furent d'abord des points douloureux disséminés dans le ventre. Et, depuis cinq ans, ces douleurs se sont localisées à gauche dans la fosse iliaque avec plus de ténacité qu'à droite.

Pertes blanches habituelles entrecoupées parfois de pertes rouges. Pendant ces trois derniers mois, les pertes rouges ont été continuelles; depuis quinze jours elles sont devenues moins abondantes pour disparaître il y a deux jours. Par le toucher vaginal on sent une grosse masse à gauche descendant même dans le Douglas; à droite les lésions sont moins importantes, on ne sent qu'un cordon gros comme le doigt.

16 mars 1900. — Opération par M. Goullioud; anesthésie à l'éther.

Après une incision sous-ombilicale de dix centimètres environ on se trouve en présence de la trompe droite, grosse comme le petit doigt, rouge, enflammée. On sépare le corps de la trompe du pavillon et l'on incise longitudinalement, sur un centimètre, la paroi supérieure de la trompe. Les parois de la trompe sont éversées et l'on suture, muqueuse et séreuse tubaires par du Répin, de façon à créer ainsi un nouveau pavillon.

L'ancien pavillon est très adhérent à l'ovaire et présente un petit kyste qu'on laisse intact; pour enlever ce pavillon on résèque la moitié de l'ovaire.

L'on rapproche ensuite, par un point de catgut, le reste de l'ovaire du nouveau pavillon tubaire.

Du côté gauche on voit la trompe s'élargir en une vaste poche rouge, adhérente dans le Douglas. En essayant de détacher les adhérences avec le doigt on fait sourdre du pus. On décolle la trompe près de son origine utérine, de façon à pouvoir passer une pince longue et courbe.

Section de la trompe au thermo-cautère ; puis ligature sur la corne de l'utérus.

On procède ensuite au décollement, avec les doigts, de la poche salpingée, en opérant ainsi toujours au milieu d'un champ bien limité par des compresses.

Ligature et section du ligament infundibulo-pelvien et la poche s'enlève assez facilement après cette section.

On fait la toilette du péritoine avec des tampons phéniqués, mais les décollements, l'issue du pus dans le Douglas et les longues manipulations engagent à placer une mèche péritonéale qu'on ira retirer en partie par le vagin.

Fermeture de la paroi abdominale par trois plans de suture.

Dans un second temps vaginal on attire la mèche placée dans le Douglas.

Les suites opératoires ont été simples jusqu'au jour où l'on enlève la mèche péritonéo-vaginale et l'on coupe les fils métalliques de la paroi.

Le lendemain de cette ablation, le 27 mars, la malade prend de la température, passe de 37°6 qu'elle avait la veille, à 38°4 le matin et 39° le soir. Elle a des coliques violentes et une vive céphalée.

Cet état se prolonge jusqu'au 7 avril où la température tombe à 37°; les coliques ont également passé.

Le 9 avril 1900. — On fait le toucher vaginal, et l'on sent une induration à gauche et à droite ; à droite, où l'on a fait la salpingostomie, l'induration est aussi importante qu'à gauche.

13 avril 1900. — Apparition des règles.

20 avril 1900. — L'examen du pus de la collection tubaire a été fait, par M. Mérieux, le lendemain de l'opération ; il a été reconnu stérile. Deux cobayes inoculés le même jour ne présentent rien d'anormal à l'autopsie faite aujourd'hui.

1^{er} mai 1900. — Toucher vaginal : l'utérus est en bonne situation ; le col est un peu dévié à gauche. L'induration du Douglas a disparu. A gauche il existe un peu de sensibilité, mais il faut dire que l'orifice du débridement vaginal est à gauche. Du côté droit on sent les annexes, immobiles, non douloureux, un peu gros.

2 mai 1900. — Sortie.

22 octobre 1900. — Vient consulter pour son estomac. Va bien du côté du ventre.

OBSERVATION XIV

GROSSE SALPINGITE BILATÉRALE. — SALPINGOSTOMIE ET OVARIECTOMIE PARTIELLE A GAUCHE. — SALPINGECTOMIE A DROITE. — DRAINAGE PÉRITONÉO-VAGINAL. — GUÉRISON.

B., T., 20 ans, demeurant à Lyon, entre à l'hôpital Saint-Joseph le 21 septembre 1900.

Réglée à 15 ans et toujours régulièrement. Mariée le 6 janvier dernier. Mari mort le 22 janvier, de péritonite aiguë.

A la fin de février des douleurs apparaissent dans la fosse iliaque droite accompagnées de pertes blanches abondantes.

Les douleurs n'ont fait qu'augmenter et sont devenues très vives depuis trois semaines obligeant la malade à garder le lit.

A gauche il existe des douleurs, mais moins fortes.

Toucher vaginal : il semble que l'utérus soit refoulé du côté gauche. Dans le cul-de-sac latéral droit on sent une grosse collection (du volume d'une orange à peu près) qui ne plonge pas dans le cul-de-sac postérieur et qui est plutôt en

avant. A gauche il existe une masse salpingée douloureuse antérieure et élevée.

Par le toucher rectal, rien ne plonge, rien n'est accessible.

Ce sont donc des lésions annexielles élevées et qu'il faut attaquer par la laparotomie.

L'affection date de sept mois, mais la lésion paraît en pleine inflammation ; par prudence on laisse la malade au lit trois semaines.

Les lésions sont plus accentuées, plus douloureuses à droite.

17 octobre 1900. — Opération par M. Goullioud. Anesthésie à l'éther. Laparotomie.

Du côté gauche, le moins malade, on rencontre une salpingite qui paraît tuberculeuse, avec adhérences profondes au fond du bassin, avec adhérences à l'ovaire, lui, du reste, sain en grande partie. On en résèque un bon tiers.

Du côté de la trompe on ne laisse qu'un centimètre et demi environ. Ce qu'il y a de spécial c'est qu'on ne lie pas le pédicule tubaire et, comme hémostase, on s'est contenté d'une ligature sur un vaisseau du hile. Ligature en pédicule sur la partie du ligament large intermédiaire à l'ovaire et à la trompe. Ligature en masse d'un point de l'ovaire près du hile où jaillissaient deux petits jets.

Pas de ligature sur le ligament infundibulo-pelvien.

On fait donc une salpingostomie de ce côté, car la trompe était absolument saine, à plusieurs centimètres de la corne utérine, elle était très longue.

Du côté droit, il existe une grosse collection qui est ponctionnée avec le Potain. La ponction donne 80 gr. de pus jaune verdâtre. On enlève ensuite trompe et ovaire de ce côté, comme dans une salpingectomie normale.

Une mèche de gaze iodoformée est introduite dans le cul-de-sac de Douglas et tassée dans le fond de ce dernier.

On la laisse à demeure et on l'attire en partie dans le vagin après la suture intégrale de la paroi.

A l'examen des pièces, la portion de trompe gauche enle-

vée est couverte de granulations et de tubercules, les uns indurés, les autres caséux,

Il existe même des granulations sur l'épiploon.

Suites opératoires très simples; on enlève la mèche vaginale le 26 octobre, ainsi que les fils métalliques.

7 novembre 1900. — Sort allant bien.

15 novembre 1900. — L'examen bactériologique du pus de la trompe droite, fait par M. Mérieux, n'a fait constater que des diplocoques ressemblant à des gonocoques; mais un cobaye inoculé a présenté une hypertrophie énorme des ganglions, et l'examen microscopique de ces derniers a révélé le bacille de Koch.

OBSERVATION XV

SALPINGITE BILATÉRALE VÉGÉTANTE ET SUPPURÉE. — SALPINGOSTOMIE SIMPLIFIÉE A DROITE, OUVERTURE DE L'INTESTIN EN DÉTACHANT L'ADHÉRENCE DU PAVILLON DROIT. — SALPINGECTOMIE A GAUCHE. — DRAINAGE PÉRITONÉO-VAGINAL.

B., L..., 23 ans, entre à l'hôpital St-Joseph le 18 décembre 1900.

Réglée à 15 ans et toujours régulièrement depuis, mais ses règles ont toujours été douloureuses.

Mariée à 21 ans. Pas d'enfants ni fausses couches.

Depuis quatre mois les douleurs des menstrues ont augmenté.

Il y a cinq semaines la malade eut une perte rouge qui dura un jour. Jamais de pertes blanches.

Au toucher vaginal: corps utérin légèrement porté à droite. A gauche, masse comme un poing représentant une grosse salpingite interstitielle.

21 décembre 1900. — Intervention par M. Goullioud qui venait de faire auparavant une énucléation de myome utérin et d'opérer une hématocele.

Laparotomie médiane. Epiploon adhérent du côté de la vessie; on le libère en le réséquant.

A droite, on tombe sur une grosse trompe allongée dont le pavillon paraît adhérer à l'intestin. Aussi on commence par la sectionner près de la corne utérine; on laisse deux centimètres de moignon qui ne sont pas liés. On libère ensuite le corps de la trompe. En détachant son pavillon on constate que l'intestin est ouvert sur une très petite étendue (orifice de 5 à 6 millimètres de diamètre). On fait alors deux plans de suture à la soie en surjet et en liant les deux bouts.

On laisse l'ovaire droit qui n'est pas trop malade.

A gauche : masse kystique multilobée; on ponctionne un des kystes; il s'écoule alors une sérosité sanguinolente; un autre crève et livre passage à du pus d'aspect un peu épaissi ne ressemblant pourtant pas à du vrai caséum. On enlève de ce côté trompe et ovaire.

L'utérus est un peu gros, cependant l'origine des trompes paraissait saine.

A cause du pus et de la perforation intestinale on met une mèche dans le Douglas qu'on va ramener en partie dans le vagin, lorsque la suture intégrale de la paroi abdominale est terminée.

22 décembre 1900. — La malade souffre du ventre, s'agite un peu. Pouls rapide : 130 pulsations. Température R. : 38° le matin et 38°7 le soir. Il persiste un fort suintement vaginal qui, d'hématique, est devenu séreux.

23 décembre 1900. — A eu, cette nuit, quelques vomissements noirâtres, sans odeur et non bilieux; langue sèche. Souffre de son ventre. Pouls plus fort que la veille : il est à 120. Température R. : 38° le matin et 38°7 le soir. Il existe toujours un fort suintement séreux sans odeur. Une selle.

24 décembre 1900. — Persistance des vomissements noirâtres. Pouls meilleur, à 108, Température R. : 37°4 le matin et 38° le soir.

26 décembre 1900. — Amélioration notable. Pouls : 108. Température R. : 37° le matin, 38° le soir. Le suintement de la mèche vaginale est devenu légèrement hématique.

31 décembre 1900. — On enlève la mèche péritonéo-vaginale. La malade va bien.

Examen de la pièce enlevée. — La trompe droite, grosse, turgescente, présente dans son intérieur une cavité à parois végétantes.

Du côté gauche, poches multiples ; dans la trompe, où il y avait du pus, grande cavité à parois végétantes également.

Dans l'ovaire, scléro-kystique, on trouve un grand kyste à liquide séro-hématique.

CHAPITRE III

Technique du procédé.

Le drainage vaginal par des mèches de gaze iodoformée, indépendamment du drainage par le drain, peut se faire suivant divers procédés.

1^o C'est, par exemple, dans les ablations compliquées d'annexes, en incisant par l'abdomen le cul-de-sac vaginal et en y introduisant une mèche de gaze.

2^o Il peut se faire également, par exemple, dans l'hystérectomie abdominale totale, en remplaçant pour ainsi dire l'utérus par une grosse mèche de drainage.

Dans les cas d'hystérectomie totale, M. le professeur Fochier nous a déclaré avoir fait quelquefois un véritable Mikulicz vaginal. Il fabriquait une bourse de gaze dans laquelle il plaçait des tampons. Puis, tassant le fond de la bourse sur les surfaces saignantes, il en attirait l'ouverture à travers la brèche créée par l'ablation de l'utérus.

3^o Après une intervention, uniquement abdominale, on peut aussi, la fermeture de la paroi terminée, défoncer le cul-de-sac de Douglas et y introduire une mèche de gaz iodoformée comme on le fait, après une hystérectomie vaginale, par l'ouverture qu'on vient de déterminer.

Nous pourrions citer plusieurs observations où l'on a employé ce procédé de drainage, soit immédiatement après l'opération, soit deux ou trois jours après, en constatant, surtout par le toucher rectal, l'accumulation d'un peu de sérosité dans le Douglas. C'est peut-être même un moyen d'enrayer des péritonites. Dans ce cas-là, quelquefois, on peut avoir une irruption de liquide comparée, dans une observation de M. Goullioud, à la rupture de la poche des eaux.

Mais ce drainage tardif s'écarte manifestement du sujet de notre thèse.

Nous savons, grâce à l'obligeance de M. Condamin, que ce procédé de drainage, c'est-à-dire par défoncement du cul-de-sac de Douglas après la laparotomie, est employé dans le service de M. le professeur Laroyenne.

4^o Le drainage vaginal peut encore se faire par un procédé qui fait le sujet de cette thèse.

Ce procédé comprend deux manœuvres : une abdominale et une seconde, vaginale.

La première se fait, la laparotomie presque terminée, au moment où il faut établir un drainage.

On prend alors une grande mèche de gaze généralement iodoformée; cette mèche unique peut quelquefois ne pas suffire et l'on se trouve obligé d'en

réunir plusieurs en faisceau. Avec une pince-longue on saisit ensuite l'extrémité de la mèche ou du faisceau et on la porte au fond du cul-de-sac de Douglas.

Puis on tasse le reste de la gaze dans l'excavation sur les surfaces cruentées dont on veut assurer soit l'hémostase, soit l'isolement, soit le drainage.

Les anses intestinales, relevées jusqu'ici par la position en Trendelenburg, sont ramenées, par un mouvement de bascule de la table, sur le dôme aseptique de ce Mikulicz simplifié. Elles ne font que reposer sur cette tente de gaze, sans l'entourer comme il arrive parfois dans le Mikulicz abdominal.

Abandonnant alors la mèche au fond du Douglas, on termine la laparotomie par une suture complète à trois étages de la paroi abdominale. On réalise ainsi une fermeture intégrale du ventre.

Après avoir terminé le pansement, on passe à la seconde manœuvre, manœuvre vaginale.

La malade est mise dans la position de la taille; le vagin, déjà soigneusement désinfecté avant l'opération par des lavages au savon, au sublimé et à l'alcool sublimé, est de nouveau soumis à une toilette plus simple et plus rapide.

On saisit ensuite le col utérin avec une pince à quatre dents qui le ferme et empêche l'excrétion de glaires plus ou moins septiques.

On confie la pince à un aide qui exerce une légère traction de haut en bas. Mettant alors l'index gauche dans le vagin, le medius de la même main dans

le rectum, on détermine un pli immédiatement au-dessous du col.

Sur le pli ainsi créé on donne un coup de ciseaux ; avec le dilatateur de Tripier, on élargit l'incision autant que le permet l'écartement de l'instrument. Avec le même dilatateur, on défonce le cul-de-sac péritonéal au niveau de la gaze qui se sent très bien à travers la séreuse et la paroi rectale.

On ramène enfin dans le vagin, avec une pince, l'extrémité de la mèche de gaze qui vient y faire saillie comme dans le drainage vaginal ordinaire.

On peut alors se représenter notre Mikulicz comme un champignon dont la tête serait dans l'excavation pelvienne et la tige dans le cul-de-sac postérieur.

On a ainsi, par l'abdomen, bien étalé les mèches iodoformées sur les surfaces infectées ou cruentées, bien isolé le champ opératoire. Ce n'est donc pas d'un simple drainage qu'il s'agit, mais d'un véritable drainage à la Mikulicz, puisque nous en avons réalisé toutes les indications.

A quelle époque, enlève-t-on ce Mikulicz ? Généralement de huit à dix jours après l'opération ; par exception il a été laissé, dans nos observations, deux fois onze jours, une fois six et une autre fois quatre jours seulement.

L'ablation n'est accompagnée d'aucune injection vaginale.

CHAPITRE IV

Avantages du procédé et inconvénients qu'il peut présenter.

Sans avoir les principaux inconvénients du Mikulicz abdominal, notre mèche péritonéo-vaginale en possède la plupart des avantages.

Un des grands mérites de notre procédé est tout d'abord d'éviter l'éventration post-opératoire consécutive à l'emploi du Mikulicz-type. Tous les chirurgiens sont d'accord pour regarder l'éventration comme habituelle dans ce dernier cas. M. le professeur Laroyenne déclarait déjà, en 1894, avoir vu survenir, sauf peut-être chez deux ou trois, de l'éventration chez toutes les malades qu'il a opérées et chez qui on a dû faire un drainage à la Mikulicz.

Deux années plus tôt, M. Goullioud (1) avait fait la pathogénie et l'étiologie de l'éventration opératoire. « C'est, disait-il, surtout à l'absence, par défaut de

(1) GOULLILOUD. — *Lyon Médical*, 1892.

réunion, de la couche aponévrotique de la ligne blanche qu'est due l'éventration. C'est cette couche qui donne toute sa solidité à la sangle abdominale. Toutes les fois que la couche musculo-aponévrotique a été sectionnée, si la réunion n'a pas été parfaite, il en résulte un point faible ».

Le trajet d'un simple drain qui avait empêché la réunion d'un point de la ligne blanche chez une opérée du même chirurgien fut le point de départ d'une hernie volumineuse au bout de six mois.

Pour obvier à ce grave inconvénient, M. Laroyenne inventait ses fils d'attente.

Dans ce procédé, décrit par M. Fabre (1), des fils métalliques embrassaient toute la paroi : la peau, l'aponévrose, et très peu de péritoine, et des fils de catgut étaient placés séparément sur les lèvres aponévrotiques de la plaie ; on nouait ces derniers fils deux à deux lorsqu'on se décidait à enlever le drainage.

Mais il arrive souvent que les fils métalliques, comprenant toute la paroi, cassent, s'embrouillent ou coupent les chairs. Cet accident est d'autant plus fréquent que le Mikulicz reste longtemps en place. Et si la plaie devient suppurée, les fils d'attente ne pourront être utilisés.

De leur côté les fils de catgut placés sur l'aponévrose se résorbent, surtout si la réunion secondaire se fait au huitième jour ; ils n'offrent alors aucune garantie de solidité. Frappé de ces inconvénients,

(1) FABRE. — *Annales de Gynécologie*, 1893.

M. Condamin (1) conseille dē restreindre l'emploi de la bourse de gaze de Mikulicz au rôle d'hémostatique ; dans les autres cas : ruptures d'adhérences étendues, déchirure ou perte de substance du péritoine, persistance de tissus septiques ou morbides, rupture d'abcès dans le péritoine, déchirure de l'intestin, elle peut être remplacée par quelques lanières de gaze iodoformée.

Avec la mèche péritonéo-vaginale de M. Goullioud, plus simple encore que le procédé des fils d'attente, on peut réunir intégralement les trois plans de la paroi et avoir une réunion par première intention au bout de dix jours, sans, pour cela, que le drainage péritonéal ait cessé.

Cette cicatrisation rapide réduit les vestiges de l'opération à une simple ligne un peu plus rosée que la peau voisine. Aujourd'hui plus que jamais l'esthétique devient le souci d'un chirurgien.

Mais, avec le Mikulicz abdominal, il faut compter sur une cicatrisation de longue durée, par bourgeonnement successif, qui laissera une plaque rougeâtre, irrégulière, commē appendue à la cicatrice linéaire de la partie supérieure de la plaie.

Une troisième considération, plus importante, au désavantage du Mikulicz abdominal, c'est la persistance de fistules interminables. Les malades conservent cette infirmité pendant des semaines, des mois quelquefois même plus d'une année.

La plaie faite par les ciseaux, dans notre Mikulicz

(1) CONDAMIN. — Thèse de Brenans, 1894.

vaginale, ne s'est jamais fistulisée, elle s'est toujours fermée rapidement après l'ablation de la mèche. Si cet inconvénient, pourtant, se produisait, il vaudrait encore mieux avoir une fistule cachée dans le cul-de-sac postérieur qu'un orifice abdominal nécessitant des pansements continuels.

Il arrive aussi que les fistules abdominales se bouchent ; on les croit guéries, mais il se forme derrière de nouvelles sécrétions séro-purulentes. Et, lorsque la pression de ces nouveaux produits devient suffisante, elle crève le tissu de cicatrice superficielle et nous avons une nouvelle plaie plus large que l'ancienne fistule.

Ce trajet fistuleux, consécutif à l'emploi du Mikulicz abdominal, facilite l'infection des fils à ligature des pédicules, et il ne se fermera qu'après l'expulsion de ces derniers, quelquefois après une longue durée de temps.

Il est un quatrième reproche qu'on a fait au Mikulicz abdominal, c'est de provoquer des occlusions intestinales. Tuja (1), dans sa thèse, cite quatre observations où les pièces de drainage provoquèrent des occlusions, soit par adhérences, soit par coutures de l'intestin.

Mais, dans ces cas, les adhérences passent au second plan et la péritonite circonscrite devient prépondérante, immobilisant et paralysant l'intestin dans une étendue plus ou moins considérable. Le premier rôle appartenait à l'élément infectieux et les

(1) TUJA. — Thèse de Lyon, 1894.

lésions mécaniques devenaient tout à fait secondaires.

Ces accidents d'occlusion doivent ne plus guère se présenter aujourd'hui avec les progrès de l'asepsie et de l'antisepsie.

C'est dire que nous n'avons jamais vu survenir ces terribles complications avec notre Mikulicz vaginal. Il occupe, du reste, moins de place que la grosse mèche de gaze introduite par la voie abdominale et ne comprime pas l'intestin.

Il n'a pas un contact aussi étendu avec les anses intestinales qui ne font que reposer sur son dôme aseptique, et la plupart du temps, il ne fait que remplir la totalité ou une partie de la place laissée vide par une tumeur. Les adhérences qui peuvent agglomérer les anses de l'intestin au-dessus de la mèche tassée dans le Douglas sont d'une faible étendue et jouent ainsi un excellent mode de protection pour la grande cavité péritonéale.

Notre mèche de gaze permet donc d'éviter l'événement consécutive à l'emploi du Mikulicz abdominal, de fermer intégralement la paroi abdominale, d'éviter ainsi les fistules interminables et les occlusions intestinales qu'on a constatées avec le sac de Mikulicz.

Mais, en outre, elle est hémostatique; elle cloisonne, elle draine et permet de créer un bon drainage sans avoir recours à des manœuvres abdomino-vaginales.

Dans la plupart de nos observations, nous décrivons le procédé de M. Goullioud comme un bon

agent d'hémostase: nous indiquerons plus loin, aux applications, les hémorrhagies qu'il peut arrêter, mais il a toujours été suffisamment hémostatique et nous ne relatons pas un cas où l'écoulement sanguin consécutif fut inquiétant.

Notre Mikulicz a été tassé sur les surfaces cruentées du Douglas et la traction vaginale ne fait qu'appliquer plus étroitement les mèches de gaze.

Le rôle de cloison a été rempli par ce Mikulicz vaginal dans beaucoup de nos observations. Son utilité est surtout remarquable pour isoler des champs péritonéaux plus ou moins infectés par des adhérences de pyosalpinx, de kystes en voie de sphacèle, ou par des liquides septiques échappés des poches que l'on enlevait.

Il a servi également à combler une partie ou la totalité de la cavité laissée libre par l'ablation d'une tumeur et à immobiliser ainsi la masse intestinale.

A cette action de cloisonnement s'ajoute l'action de drainage et la mèche péritonéo-vaginale devient préservatrice de l'infection soit générale, soit locale. Le drainage se fait parfaitement par le procédé que nous étudions. Du reste le cul-de-sac de Douglas étant le point le plus déclive de la cavité pelvienné, il est tout naturel de le prendre pour point de départ de l'issue des liquides.

La meilleure preuve de son efficacité, c'est le suintement qui se produit le lendemain de l'opération et les jours suivants, suintement très abondant parfois, comme dans les observations II, III, V, XII et XV, tantôt hématique, tantôt séro-sanguinolent.

A l'appui de cette action de drainage nous pouvons citer encore deux observations, la IX^e et la XIII^e, où la mèche péritonéo-vaginale fut enlevée peut-être un peu prématurément. La première malade avait eu des suites opératoires très simples, jusqu'au jour de l'ablation du Mikulicz vaginal, le lendemain la température montait de 37°7, où la courbe thermique se maintenait la veille, à 39°9. Ce ne fut que deux jours après que l'on put constater un retour à la normale.

La deuxième malade fut encore plus fatiguée à la suite du retrait de la mèche ; le lendemain de l'ablation, sa température montait de 37°6, où elle était la veille, à 39°; elle prenait des coliques et souffrait d'une vive céphalée. Il fallut dix jours pour que la température redescendît à 37°. Dans ces deux cas, il y avait dû certainement se produire un peu de rétention que le drainage de notre Mikulicz avait écartée jusqu'alors.

Nous avons enfin tous les avantages d'un Mikulicz sans être obligé de recourir à des manœuvres mixtes abdomino-vaginales.

Ce qu'il y a de grave, ce qu'il faut redouter, c'est de transporter des germes infectieux du vagin dans le péritoine au cours d'une laparotomie. Il ne faut risquer d'infecter, dans le vagin, ni ses doigts, ni ses instruments, avant d'avoir fait la toilette péritonéale, les ligatures des pédicules vasculaires, la suture de la paroi abdominale. C'est là que réside le danger du drainage vaginal par les procédés anciens à la suite de la laparotomie. Par l'abdomen on incisait le cul-

de-sac de Douglas, ou bien, par le vagin, on pénétrait dans la cavité péritonéale; les doigts vaginal et abdominal se rencontraient et facilitaient le passage des drains ou mèches filtrantes. Quénu (1), à plusieurs reprises, a signalé ce danger dans le manuel opératoire de l'hystérectomie abdominale.

En 1897, il déclarait que, quel que soit le procédé employé, il est un point sur lequel il est nécessaire d'insister particulièrement : c'est que, dans aucun cas, le chirurgien ne doit mettre son doigt dans le vagin, et que toute l'opération doit se faire en dehors du vagin.

En 1899, le même chirurgien attribuait la plus grande importance, dans l'acte opératoire, à la technique qui permet d'éviter le contact instrumental ou manuel du vagin.

La muqueuse vaginale est d'une désinfection difficile : il est presque impossible d'aller détruire ou enlever les microbes des culs-de-sac; mais, le vagin fût-il parfaitement désinfecté, la cavité cervicale ou la cavité utérine, souvent anfractueuse, peuvent continuer à y déverser des produits suspects.

Cette crainte du vagin et du col utérin n'est pas exagérée. Hallé (2), qui a résumé les travaux faits sur les recherches bactériologiques du canal génital de la femme, est arrivé, par une technique soignée, à des résultats personnels positifs. Les recherches lui ont permis de conclure que les organismes aérobies

(1) QUÉNU. — Congrès français de Chirurgie, 1897 et 1899.

(2) HALLÉ. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1899.

(*streptocoque non pathogène*, *staphylocoque doré*, *coli bacille*) existent surtout à l'entrée du vagin et que les organismes anaérobies (*micrococcus feditus*, *bacillus nebulosus*, *bacillus caducus*) augmentent dans la profondeur des culs-de-sac et abondent dans le bouchon muqueux du col utérin.

Pour le même auteur, si les espèces anaérobies ne sont pas pathogènes pour la femme, les microbes anaérobies sont susceptibles d'amener des abcès.

Tels sont les avantages de notre mèche péritonéo-vaginale. Entre tous le premier et le dernier se distinguent par leur importance : le premier en évitant l'éventration post-opératoire du Mikulicz abdominal, et le dernier par l'établissement d'un bon drainage vaginal, sans que la séreuse péritonéale ait à redouter les germes septiques du vagin.

Une question se pose ici naturellement : y a-t-il danger de voir le Douglas et le vagin communiquer par une mèche de drainage ? La mortalité si faible de l'hystérectomie vaginale prouve péremptoirement que la communication de la cavité vaginale et de la cavité péritonéale n'a en soi aucun inconvénient. A moins d'inoculations septiques spéciales, on peut dire que, là, l'infection n'est pas ascendante.

Les quelques inconvénients que peut avoir le procédé se présentent à peu près tous dans nos observations. Pas un n'est grave, ils ont tous été curables dans un court laps de temps.

Dans l'observation VIII, la malade est morte le cinquième jour après l'opération ; mais il faut prendre en considération son âge et l'importance de l'inter-

vention : ovariectomie pour kyste de l'ovaire et hystérectomie pour fibrome.

L'observation II nous montre une plaie intestinale faite avec le dilatateur de Tripier. Cet accident n'eut pas de suite, et la fistule recto-vaginale fut fermée au bout de quelques semaines. Dans ce cas, on n'avait pas pris la précaution de tirer sur le col avec une pince. Pour éviter pareil accident, il faut avoir soin de pousser la mèche de gaze au fond du Douglas et prendre garde qu'il n'y ait pas au-dessous d'elle une anse intestinale interposée et, enfin, toujours mettre un doigt dans le rectum.

Dans l'observation VI, le débridement vaginal a été la cause d'une hémorrhagie assez abondante, et l'on a dû laisser une pince à demeure. Si l'on se contente de faire une très petite incision avec les ciseaux, tout de suite, au-dessous du col, et que l'on se serve ensuite du dilatateur pour agrandir, on évitera facilement ce petit accident qui, du reste, n'est arrivé qu'une seule fois. Le retrait de la mèche est douloureux, mais pourtant moins que celui du Mikulicz abdominal.

Un accident pourrait enfin se produire encore avec la mèche péritonéo-vaginale : c'est l'occlusion du rectum par compression. Nous ne l'avons jamais constaté, mais le tassement de la gaze doit être suffisant pour faire hémostase, mais jamais serré au point de fermer l'intestin ; le doigt rectal est encore là un bon indicateur pour apprécier cette compression.

CHAPITRE V

Applications théoriques et cliniques du procédé.

Nous venons de voir, par le chapitre précédent, que notre procédé n'était pas un simple drainage péritonéo-vaginal, mais qu'il remplissait, en outre, la plupart des avantages du Mikulicz.

Aussi ses applications soit théoriques, soit cliniques, répondront à beaucoup des indications de ce dernier.

Grenser (1), Labbé (2), Penrose (3), et surtout Brenans (4) ont déjà classé les conditions où l'on se sert du drainage à la Mikulicz.

Nous inspirant de ces classifications, on pourra employer notre procédé dans les conditions suivantes :

(1) GRENSER. — *Loc. cit.*

(2) LABBÉ. — *Loc. cit.*

(3) PENROSE. — *Loc. cit.*

(4) BRENANS. — *Loc. cit.*

1° Après une opération qui a nécessité des manipulations nombreuses pouvant irriter le péritoine et provoquer ainsi une sécrétion excessive.

2° Lorsqu'on laisse des surfaces cruentées ou saignantes, ou lorsqu'on redoute une hémorrhagie.

3° Dans les cas où il existe de la péritonite ou une ascite.

4° Lorsque des produits septiques se seront épanchés dans la cavité péritonéale, ou bien lorsqu'on a laissé des portions de tumeur.

5° Enfin, lorsqu'on a déchiré l'intestin pendant le cours de l'intervention.

Nous nous efforcerons, en suivant ce plan, de faire suivre l'indication théorique d'une indication clinique prise dans nos observations.

1° Après une opération qui a nécessité de nombreuses manipulations, il sera prudent d'établir un drainage. Si le cas est grave, s'il faut terminer l'intervention au plus vite, il faudra s'adresser au Mikulicz abdominal, mais si la malade est en état de supporter une anesthésie de quelque durée, pourquoi ne pas la faire bénéficier de notre mèche péritonéo-vaginale ? Celle-ci, du reste, n'allonge l'intervention que de quelques minutes : le temps de fermer la paroi et d'ouvrir le cul-de-sac postérieur.

De nombreuses manipulations auront, la plupart du temps, irrité le péritoine, soit par le décollement d'adhérences, soit par déchirures de la séreuse, soit par le simple contact des doigts, ou des tampons, ou

des éponges. Elles ont introduit des microbes. Reichel et Kümmel⁽¹⁾ affirmaient, en 1891, que toute opération, malgré les précautions les plus minutieuses, introduit dans la plaie des germes bactériens.

Quénu⁽²⁾, plus récemment, déclarait qu'il est difficile de rendre les mains des chirurgiens aseptiques, et que la majorité des accidents post-opératoires tiennent à cette cause.

Aujourd'hui encore les chirurgiens s'efforcent de diminuer les chances d'infection et, pour preuve, nous n'en voulons que le port de gants stérilisés, par plusieurs d'entre eux, suivant l'exemple de Mikulicz.

De son côté la séreuse péritonéale irritée, déchirée souvent, réagit par de la sécrétion ; elle a perdu sa puissance d'absorption et il en résulte un foyer menaçant au fond du cul-de-sac de Douglas.

Cette cavité devient un espace mort, suivant l'expression de Mikulicz et permet aux bactéries de s'y développer et d'y produire des toxines.

Dans une observation rapportée par Sippel⁽³⁾ ces dernières avaient amené la mort d'une malade qui fut prise d'ictère grave, quelques jours après une myomectomie ; des staphylocoques furent trouvés en abondance dans un épanchement produit dans le Douglas. Dans ce cas, le chirurgien allemand regrettait de ne pas avoir drainé et concluait qu'un drainage péritonéo-vaginal aurait pu sauver la malade.

(1) REICHEL et KÜMMEL. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1891.

(2) QUÉNU. — *Société de Chirurgie*, 1899.

(3) SIPPEL. — *Centr. für. gyneck*, 1896.

Cette première indication se rencontre, à chaque pas, dans le cours de nos observations ; beaucoup d'opérations ont nécessité des manipulations nombreuses, des décollements d'adhérences et des déchirures du péritoine.

Nous citerons spécialement l'observation III, où l'indication paraît bien posée.

La décortication du kyste sous-séreux gauche a été assez difficile; elle s'est faite avec les doigts aidés des ciseaux. Il existe aussi des adhérences entre l'utérus et le rectum qu'on a déchirées dans le but de refaire un cul-de-sac de Douglas et, enfin, il a fallu décoller à droite une masse de salpingo-ovarite.

Dans ce cas, notre Mikulicz vaginal a été placé comme Mikulicz de sûreté, en prévision du drainage des sécrétions du péritoine irrité et déchiré.

2^o C'est lorsqu'on laisse des surfaces cruentées, saignantes, ou lorsqu'on redoute une hémorrhagie que notre procédé trouve une de ses meilleures indications.

Autrefois, Bouilly (1), Terrillon (2) en 1888, et Bœckel (3) en 1889, s'élevèrent hautement contre le tamponnement du péritoine, sûrs et confiants de leur hémostase, de leur aseptie et de leur antisepsie.

Revenus à des idées moins téméraires, les chirurgiens actuels s'accordent à reconnaître des indications au tamponnement à la gaze. Legueu (4), mal-

(1) BOUILLY. — *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1888.

(2) TERRILLON. — *Bull. de la Soc. de Chir.*, 1888.

(3) LÆCKEL. — *Loc. cit.*

(4) LEGUEU. — *Traité de Gynécologie*, 1898. .

gré ses restrictions, le désigne nettement pour les hémorragies en nappe et les dangers d'hémorrhagie.

Le suintement des surfaces cruentées n'est généralement pas inquiétant, mais, quand il s'agit d'une hémorrhagie en nappe, ou d'un vaisseau de moyen calibre qu'il est impossible de lier, on ne peut fermer l'abdomen sans une certaine anxiété.

Plus fidèle que le thermo-cautère, une bonne mèche de gaze, bien tassée sur les surfaces saignantes, se rendra toujours maîtresse d'un écoulement sanguin.

On sait que le sang épanché dans le Douglas devient un excellent bouillon de culture et qu'il a perdu en sortant des vaisseaux, ses propriétés bactéricides.

La deuxième indication est celle que l'on trouve surtout dans nos observations.

L'observation IV présente, du fait de l'ablation d'un kyste, quelques surfaces cruentées dans le bassin.

L'observation VII nous offre le cas d'une veine de moyen calibre dont on ne peut faire que très difficilement la ligature, aussi a-t-on recours au tamponnement à la gaze qui arrête l'hémorrhagie.

Dans l'observation IX il existe, dans la cavité de Douglas, un suintement par de nombreux capillaires à la suite de la déchirure des adhérences d'un kyste tordu.

Le cas se présente, presque identique, dans l'observation XI, où le suintement est peut-être plus léger.

Enfin l'observation XII rapporte un suintement, soit au niveau de l'utérus d'où l'on vient de détacher un fibro-myome, soit au niveau du Douglas où la même tumeur avait pris des adhérences.

Dans ces trois observations, c'est à notre mèche péritonéo-vaginale qu'on s'est adressé, et la compression qu'on exigeait d'elle a été suffisante pour faire hémostase.

3^o Notre procédé répond merveilleusement aux pelvi-péritonites circonscrites qui accompagnent très souvent la présence d'affections annexielles, voire même utérines quelquefois.

En recouvrant les surfaces enflammées, infectées du péritoine avec une mèche iodoformée, on isole des champs septiques et on met à l'abri les anses intestinales qui viennent reposer sur le toit aseptique du tampon de gaze. En cloisonnant ainsi notre cavité péritonéale, notre mèche ne remplirait qu'à demi ses fonctions protectrices, mais elle drainera aussi les produits sécrétés au niveau des adhérences péritonitiques qu'on a déchirées.

Quant aux indications du drainage dans les ascites, il est difficile de les discuter et nous ne voulons pas le faire ici, attendu qu'il faudrait établir la pathogénie de toutes les ascites.

Mais il est évident que le Mikulicz vaginal, que nous préconisons, drainera aussi bien le liquide ascitique que les sécrétions séro-hématiques d'un Douglas cruenté.

Dans nos observations, nous trouvons nombre

de salpingo-ovarites, de pyosalpinx, de kystes de l'ovaire, nous avons même un fibrome où l'on constate des champs limités de pelvi-péritonite concomitante.

Citons seulement les observations I, II, VI, VII, IX, XIV où l'on peut faire ces constatations.

Mais il en est une, l'observation III, où la lésion de pelvi-péritonite est prépondérante et la lésion de salpingite secondaire. Tout le cul-de-sac de Douglas disparaît sous des adhérences étalées du sommet du ligament large sur l'ovaire, la trompe, l'utérus et le rectum.

Il existe une soudure entre ces deux derniers organes. Du côté droit, où il y a salpingite, la trompe est peu augmentée de volume, mais le pavillon est adhérent au fond du bassin et l'ovaire est un peu kystique. Nous n'avons qu'une observation, l'observation VIII, où le fibrome était accompagné d'ascite et où le péritoine présentait en même temps des signes d'irritation.

4° C'est lorsque des produits septiques se sont épanchés dans la cavité péritonéale, ou bien lorsqu'on a laissé des portions de tumeurs.

Les produits septiques peuvent se déverser dans le péritoine, soit avant l'opération, soit pendant.

Avant l'opération, ce sont toutes les ruptures de poches, suppurées ou non, mais dont il y a lieu de soupçonner la septicité, les kystes de l'ovaire suppurés, les pyosalpinx, par exemple.

C'est, d'autres fois, par transsudation à travers les

parois de la poche, parois qui se trouvent altérées souvent par le sphacèle dans les kystes tordus.

Pendant l'opération, il arrive que des tumeurs liquides crèvent lorsqu'on les détache, malgré toute l'habileté du chirurgien, et l'on voit sourdre un contenu d'asepsie douteuse, parfois purulent.

M. le professeur Poncet, dans la thèse de Lair (1), déclare que la toilette péritonéale ne suffit pas dans les ruptures des kystes visqueux, colloïdes et qu'il faut recourir au drainage.

Si le liquide épanché était considérable et purulent nous tomberions dans un domaine de drainage plus large, le drainage abdomino-vaginal. Mais, dans la plus grande partie des autres cas, notre Mikulicz vaginal suffira, agissant comme drainage de sûreté et souvent de nécessité.

Le pus que ces poches contiennent est parfois stérile: nous avons une observation, la XIIIe, où l'examen microscopique n'a pas révélé de microbes; il faudrait peut-être, dans ces conditions, avant d'établir le drainage, faire l'examen bactériologique.

Dans notre quatrième indication nous avons ajouté: « Lorsqu'on a laissé des portions de tumeurs ». Les adhérences sont quelquefois si puissantes que l'on craint de léser les cavités viscérales du bassin, et l'on se trouve réduit à n'enlever qu'une partie de la tumeur. On comprend le danger que fera courir la présence de ces foyers septiques à la grande séreuse abdominale. Avec la mèche péritonéo-vaginale, on

(1) LAIR. — Thèse de Lyon, 1892. :

pourra les isoler et drainer leurs produits de sécrétion.

Si la poche était tellement adhérente qu'on ne puisse la détacher, même partiellement, sans courir de grands risques, on la marsupialiserait, mais nous serions alors dans les indications de la bourse de gaze abdominale.

L'observation I relate l'irruption d'une cuillerée de pus dans le bassin, pendant le décollement de la masse de salpingo-ovarite gauche ; après avoir fait la toilette de la partie gauche du Douglas, avec des éponges phéniquées, on complète l'opération par une mèche péritonéo-vaginale, destinée au drainage.

Dans l'observation IV, pendant la décortication d'un kyste partiellement ligamentaire, nous voyons la poche se rompre et donner issue au reste du liquide qui ne s'était pas évacué par le trocart. Nous avons aussi trois kystes de l'ovaire tordus, dont les parois étaient altérées par des phénomènes de sphacèle commençant, dans les observations V, IX et XI.

Il est resté quelques débris de la poche tubaire droite dans l'observation VII ; on les arrache avec la pince à pansement ; c'est la seule fois que notre Mikulicz a pareille application clinique, et encore l'indication n'était que partielle, puisque on a presque tout arraché avec la pince.

5^o Enfin, lorsqu'on a déchiré l'intestin pendant le cours de l'intervention : telle est notre cinquième indication.

Le chirurgien a-t-il lésé, par des déchirures d'adhérences, ou l'intestin grêle, ou l'S iliaque, ou le rectum ?

Après avoir suturé soigneusement les parois du canal intestinal, il est prudent de mettre une mèche de protection et de drainage.

Dans le cas où l'intestin grêle a été déchiré, le Mikulicz vaginal de M. Goullioud ne sera bien efficace, dans son rôle de protection, qu'à la condition où les anses seront immobilisées ; du reste, il en est de même avec son aîné, l'abdominal, qui n'a pas plus d'efficacité dans ce cas.

Mais si l'S iliaque ou le rectum sont les portions blessées de l'intestin, leur fixité permettra à la gaze tassée dans le Douglas de les isoler suffisamment.

Cette indication, nous la rencontrons deux fois dans le cours de nos observations, à des degrés différents, il est vrai.

Dans l'observation VI, il s'est produit, pendant le décollement des adhérences, une petite érosion de l'intestin, sur laquelle on a fait deux petits surjets nécessités plutôt par l'hémostase que par crainte d'irruption des matières.

C'est une vraie perforation intestinale qui se présente alors, dans l'observation XV, à la suite de la déchirure des adhérences qui unissaient le pavillon de la trompe droite à l'intestin. L'orifice de perforation mesurait cinq à six millimètres de diamètre.

Notre mèche péritonéo-vaginale peut donc s'employer dans maintes formes cliniques ; on l'a mise en usage après salpingostomies, salpingectomies, ablation de kystes de l'ovaire, le plus souvent à pédicules tordus, myomectomies et hystérectomies avec pédicule externe, pour fibromes.

Nous tenons d'ailleurs à faire remarquer que rien n'est plus relatif que les indications actuelles du drainage en général, et de tel ou tel mode de drainage.

Le perfectionnement de la technique et la sécurité plus grande que l'on a permettent bien souvent, actuellement, de ne pas drainer dans les cas où l'on n'aurait pas osé se passer de cette mesure de prudence, il y a quelques années à peine. C'est ainsi que, dans les kystes de l'ovaire avec de grands délabrements, on peut se passer de drainage. Il en est de même avec les kystes à pédicules tordus, de même dans la majorité des cas de salpingites et dans ceux de tumeurs avec ascite, etc.

Mais il peut toujours se rencontrer telle ou telle circonstance fortuite qui fait que l'on hésite au dernier moment et que l'on préfère, par prudence, à la fermeture totale de l'abdomen un drainage de sûreté. C'est surtout dans les cas où le péritoine a pu être en contact avec des produits septiques, par suite de conditions inhérentes à la malade elle-même; par exemple, dans les cas de rupture de poche tubaire suppurée, dans les cas d'adhérences ou de plaie intestinale compliquée. C'est, plus souvent encore, la réunion de plusieurs des indications que nous avons signalées ci-dessus qui créent l'obligation du drainage, cas difficiles, complexes, pour lésions inflammatoires que l'on suppose éteintes avec grandes dénudations péritonéales, suintement sanguin, etc.

On est d'autant plus enclin à faire le drainage

qu'il présente moins de risques, de complications ou d'ennuis ultérieurs.

Tel est bien le cas du procédé de drainage périto-néo-vaginal que nous conseillons.

Une autre question se pose avant la fermeture de l'abdomen, à savoir : à quel mode de drainage il vaut mieux s'adresser.

Jusqu'à présent il semblerait établi par l'usage que l'on fait plus volontiers le drainage abdominal dans les interventions purement abdominales, et le drainage vaginal dans les opérations vaginales ou abdomino-vaginales.

Le Mikulicz, soit sous sa forme typique, soit sous sa forme simplifiée de tassement de simples mèches de gaze iodoformée, est presque seul employé à la suite des laparotomies et a presque fait totalement rejeter le drainage vaginal.

Dans les cas graves, on donnera volontiers la préférence au drainage abdominal, à cause de sa rapidité, à cause aussi de la plus grande facilité d'étendre la protection du Mikulicz sur de très grandes surfaces. Il présente cet avantage incontestable d'être plus vite fait et peut être plus sûrement efficace.

Il existe aussi des indications cliniques qui ne pourraient guère sortir de son domaine ; de ce nombre sont les appendicites, les pérityphlites suppurées, les interventions sur l'intestin, l'estomac, beaucoup de grossesses ectopiques et les affections du rein.

Nous pourrions en dire autant du drainage abdo-

mino-vaginal qui conviendra à quelque cas particulièrement grave où l'on adjoint au drainage vaginal un Mikulicz abdominal, pour mieux isoler encore le bassin gravement infecté.

Ces applications, que nous empruntons à la thèse de Carle, inspirée par M. Auguste Pollosson, seront les collections suppurées péri-salpingiennes, les péritonites suppurées, les pyo-salpingites à poches multiples, à adhérences étendues et les cancers utérins où le seul fait du néoplasme indique des conditions de propagation, de friabilité des adhérences et des tissus telles que les sutures sont inutiles.

Cette idée d'éviter le plus possible des manœuvres mixtes abdomino-vaginales pendant la laparotomie et d'aller, celle-ci terminée, parfaire, par le vagin, une manœuvre restée incomplète, a suscité d'autres indications.

M. Goullioud a, de même, drainé par le vagin, après hystérectomie abdominale subtotal, l'espace cruenté laissé au-dessous du surjet péritonéal de Douglas. Sous l'influence de la même idée, il a fait des hystérectomies totales avec extirpation vaginale du pédicule de l'hystérectomie abdominale.

Une autre application, que nous relatons dans l'observation ci-dessus, est la suivante : dans un cas d'extirpation totale du rectum on fit, dans un premier temps abdominal, la section de l'S iliaque dont l'extrémité supérieure fut amenée dans une plaie de la fosse iliaque destinée à se transformer en anus contre nature, tandis que le bout inférieur et toute la partie péritonéale du rectum furent détachés.

Sur le gros intestin, ainsi libéré de ses attaches, une mèche de gaz iodoformée fut tassée, recouvrant à merveille les surfaces cruentées et l'abdomen fut fermé.

Puis, dans un second temps périnéal, le rectum fut enlevé sans que sa cavité fût ouverte. La mèche de gaze étalée au-dessus se trouvait, dès lors, disposée comme un excellent drainage de la cavité péritonéale.

La même conduite fut suivie par Quénu (1) dans les ablations abdomino-périnéales du rectum.

Cette idée rencontre, sans doute, d'autres indications et son importance légitime le sujet de notre thèse dont la portée est plus grande que celle d'un simple procédé de drainage.

Nous reproduisons ici le résumé de l'opération que nous venons de signaler.

OBSERVATION

EPITHÉLIOMA RECTO-SIGMOÏDE AYANT INVAGINÉ L'INTESTIN. —
ABLATION PAR LA VOIE RECTO-VAGINALE DANS UNE PREMIÈRE
INTERVENTION. — AMPUTATION TOTALE ABDOMINO-PÉRINÉALE DU
RECTUM DANS UNE SECONDE OPÉRATION.

V. C..., 48 ans, entre à l'hôpital St-Joseph le 31 janvier 1899.

Première intervention le 18 février 1899. Dans un premier temps, dilatation de l'anus; dans un deuxième temps on fait sauter la cloison recto-vaginale, sphincter compris; dans un troisième temps, un aide amène la masse polypeuse et l'on sectionne au-dessus l'intestin invaginé, récupérant les diffé-

(1) QUÉNU. — Chirurgie du rectum.

rents plans après leur section; dans un quatrième temps, on suture le péritoine et ensuite l'intestin; en somme, entérectomie et entérorraphie circulaire à deux plans de Czerny.

Le 14 mars, un mois après, on fait une périnéorraphie pour reconstituer l'anus et le vagin.

Le 1^{er} avril, la malade quitte le service, allant très bien.

Mais un examen, pratiqué à la fin de juin 1899, fait constater une saillie suspecte sur la face postérieure de l'intestin, en un point que le doigt atteint à peine.

La malade rentre de nouveau à l'hôpital St-Joseph et, le 18 juillet, on pratique une seconde intervention.

On fait deux incisions abdominales : l'une pubio-ombilicale, et l'autre dans la fosse iliaque gauche. Par cette dernière incision, on amène l'S iliaque au dehors, on la pince et on la sectionne. Le bout supérieur est coiffé d'une compresse et laissé momentanément en dehors de la plaie. Quant au bout inférieur, il est fermé par un double surjet soigné et refoulé dans le ventre.

Dès lors, par l'incision pubio-ombilicale, on sectionne le méso-colon, on détache ensuite le méso-rectum. On va ainsi jusqu'au fond du cul-de-sac péritonéal où l'on sent profondément une petite tumeur peu mobile. Toute la portion libérée de l'intestin est laissée au fond du bassin et l'on met par-dessus une bonne mèche de gaze iodoformée, étalée sur les parties cruentées et l'on ferme l'abdomen par trois plans de suture.

La malade, mise dans la position de la taille, on circonscrit l'anus comme dans le procédé de Lisfranc, puis l'on ferme ce dernier orifice avec une pince de Kocher. On détache ensuite la moitié inférieure du rectum, on ouvre le péritoine et l'on enlève cette portion de l'intestin.

On attire ensuite la gaze iodoformée mise par l'abdomen et on la laisse *in situ*.

Les suites opératoires ont été bonnes; la malade a été revue à différentes reprises, allant bien, mais longtemps attristée par l'infirmité d'un anus artificiel.

CONCLUSIONS

I. — Malgré les perfectionnements de la technique et de l'asepsie dans la laparotomie, il y a encore assez souvent lieu d'établir un drainage prophylactique.

II. — Ce drainage se fait volontiers au moyen de mèches de gaze, le plus souvent iodoformées, soit sous la forme du Mikulicz primitif, soit sous la forme simplifiée de mèche de drainage.

III. — Le Mikulicz peut être abdominal, vaginal ou abdomino-vaginal.

Nous indiquons comme un bon procédé de drainage celui qu'emploie M. Goullioud à la fin de la laparotomie. On porte une mèche de gaze iodoformée au fond du Douglas et on étale son extrémité supérieure sur les surfaces cruentées ou sur le champ opératoire que l'on veut isoler. On ferme complètement la plaie de la laparotomie, puis, dans un temps vaginal, on défonce le cul-de-sac de Douglas et on abaisse l'extrémité de la mèche de drainage dans le vagin.

IV. — On a ainsi tous les avantages du drainage à la Mikulicz, c'est-à-dire de pouvoir drainer, de tamponner des surfaces cruentées et d'isoler un champ opératoire suspect.

Ce procédé a, en outre, l'avantage de pouvoir drainer par le vagin, tout en évitant des manœuvres abdomino-vaginales dangereuses au cours de l'opération.

Il permet enfin de fermer complètement la plaie de la laparotomie, sans avoir à craindre, dans l'avenir, aucune pointe de hernie.

V. — L'indication est celle du drainage prophylactique en général, mais dont l'indication relative et dépendante de nombreuses conditions tend à diminuer de fréquence, mais persiste néanmoins quelquefois. Et, tout en faisant une large part à ce mode de drainage, on devra conserver pour les cas les plus graves le drainage abdominal et le drainage abdomino-vaginal.

Le Président de la Thèse :

FOCHIER.

Vu :

Le Doyen :

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 9 janvier 1901.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- PEASLEE. — Ovarian Tumors, 1855.
KOEBERLE. — *Gaz. des Hôpit.*, 1867.
SIMS. — On ovariectomy, 1872.
KISSBAUM. — Die drainagierung der Kauchoehle (*Æetl. Intelligenzbl.*, 1874).
Eugène HANN. — *Soc. de Gynec. de Berlin*, 1874.
GRENSER. — *Rev. des S. Méd.*, 1875.
SCHROEDER. — Ueber die drainage der douglaschen Raumes bei der Ovariectomy (*Sitzl. der phys. med. Soc. zu Erlangen*, 1875.)
LABBÉ. — De la valeur du drainage péritonéal dans l'ovariectomy (*Bullet. de l'Acad. de Méd.*, 1881).
KEHRER. — Kapillardrainage der Kauchoehle (*Centr. fur Gynæc.*, 1882).
LUCAS CHAMPIONIÈRE. — *Bullet. de la Soc. de Chir.*, 1883.
MIKULICZ. — Manière d'isoler de la cavité péritonéale les portions mortifiées, particulièrement dans l'extirpation des tumeurs du bassin (*Cent. f. Chir.*, 1886).
POZZI. — *Bullet. de la Soc. de Chir.*, 1888.
BOUILLY. — *Bullet. de la Soc. de Chir.*, 1888.
TERRILLON. — *Bullet. de la Soc. de Chir.*, 1888.
BORCKEL. — *Bullet. de la Soc. de Chir.*, 1880.
PENROSE. — Drainage in abdominal surgery (*Journal of Amer. med. Assoc.*, 1890).

- REICHELEI KUMMEL. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1891.
GOULLIOUD. — *Lyon Médical*, 1892.
LAIR. — Thèse de Lyon, 1892.
FABRE. — *Annales de Gynécologie*, 1893.
LUCAS CHAMPIONIÈRE. — *Bullet. de la Soc. de Chir.*, 1894.
BRENANS. — Thèse de Lyon, 1894.
TUJA. — Thèse de Lyon, 1894.
SIPPEL. — *Centr. für Gynæck.*, 1896.
QUÉNU. — Congrès français de Chirurgie, 1897.
VERGNE. — Thèse de Lyon, 1898.
LEGUEU. — *Traité de Gynécologie*, 1898.
QUÉNU. — Congrès français de Chirurgie, 1899.
HALLÉ. — *Annales de Gynécol. et d'Obst.*, 1899.
QUÉNU. — *Bullet. de la Soc. de Chir.*, 1899.
QUÉNU. — *Chirurgie du rectum*, 1899.
GOULLIOUD. — *Lyon Médical*, 1900.
CARLE. — Thèse de Lyon, 1900.

